

PSYCHOLOGIE

**Kognitives Therapeutenverhalten, die Person des Therapeuten
und kognitive Wirkungen der GPT im Verhältnis zur
gefühlszentrierten Konzeption und Praxis:
eine theoretische Analyse und ihre empirische Validierung**

Teil A: Die theoretische Analyse

Teil B: Die empirische Untersuchung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster (Westf.)

vorgelegt von

URSULA DENNIG

aus Karlsruhe

1984

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Juni 1984

Dekan: Prof. Dr. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. H. Bommert

Koreferent: Dr. U. Tränkle



PSYCHOLOGIE

**Kognitives Therapeutenverhalten, die Person des Therapeuten
und kognitive Wirkungen der GPT im Verhältnis zur
gefühlszentrierten Konzeption und Praxis:
eine theoretische Analyse und ihre empirische Validierung**

Teil A: Die theoretische Analyse

Teil B: Die empirische Untersuchung

INAUGURAL-DISSERTATION

**zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster (Westf.)**

vorgelegt von

URSULA DENNIG

aus Karlsruhe

1984

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Juni 1984

Dekan: Prof. Dr. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. H. Bommert

Koreferent: Dr. U. Tränkle

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	X
Einführung in den Gegenstand und Aufbau der Untersuchung	1
Teil A	
I. Die Kontroverse zwischen gefühlzentrierten und kognitiven Ansätzen innerhalb der Gesprächspsychotherapie (GPT) im Verhältnis zur klientenzentrierten Praxis	8
I.0. Vorbemerkung	8
I.1. Das Verhältnis der GPT zur klientenzentrierten Theorie	11
I.1.1. Das Verhältnis von Theorie zu praktischer Erfahrung bei Rogers und Gendlin	13
I.1.2. Das Verhältnis von Theorie zu Praxis in den alternativen kognitions- und informations-theoretischen Ansätzen der GPT	17
I.1.3. Das Verhältnis von Theorie zu Praxis in der aktuellen GPT-Kontroverse	21
I.1.4. Die Funktionalisierung der Theorie im Hinblick auf die Qualität der theoretischen Konzepte	24
Zusammenfassung	28
I.2. Die Inhalte der theoretischen Konzepte im Verhältnis zu Grundströmungen der klientenzentrierten Praxis	33
I.2.0. Vorbemerkungen	33
I.2.1. Die Grundauffassungen der Triebkräfte des Subjektes	35
I.2.2. Die Grundauffassungen der idealen und der gestörten Subjektentfaltung	40
I.2.3. Die Grundauffassungen der klientenzentrierten Interaktion und ihrer Wirksamkeit	45
I.2.4. Zusammenfassung der Kontrapositionen im Hinblick auf Polarisierungen in der klientenzentrierten Praxis	50

I.3.	Die wissenschaftliche GPT-Kontroverse im Verhältnis zur Polarisierung in der klientenzentrierten Praxis	56
I.3.0.	Vorbemerkung	56
I.3.1	Die Rogers-Position im Verhältnis zur gefühlszentrierten Praxis	57
I.3.2.	Die Gegenposition in der GPT-Kontroverse und ihr Verhältnis zu einer kognitiv orientierten Praxis	66
I.3.3.	Kognitive Merkmale in der GPT-Forschung	74
I.3.4.	Zusammenfassung: das Kognitive in der klientenzentrierten Interaktion	80
I.4.	Die Persönlichkeitsdimension Extraversion - Introversion im Verhältnis zur Polarisierung in der klientenzentrierten Praxis	88
I.4.0.	Vorbemerkungen	
I.4.1.	Formale Parallelen	89
I.4.2.	Inhaltliche Parallelen	90
I.5.	Empirische Fragestellungen zur Polarisierung zwischen gefühlszentrierten und kognitiven klientenzentrierten Praxistendenzen	93
II.	Ein Modell der kognitiven und gefühlszentrierten GPT bei neurotischen Störungen	96
II.0.	Vorbemerkungen	96
II.1.	Die Schranken der kognitionstheoretischen Konzepte für eine kognitive klientenzentrierte Praxis	97
II.1.0.	Vorbemerkungen	97
II.1.1.	Allgemeinpsychologische Konzepte im Verhältnis zu neurotischen Störungen und zur klientenzentrierten Therapie	98
II.1.2.	Das Abstraktionsniveau kognitionstheoretischer Begriffe im Verhältnis zur klientenzentrierten Praxis	100
II.1.3.	'Substantialisierung' durch kognitionstheoretische 'Substantivierungen'	103
II.1.4.	Die Methode der 'Rückwärtserklärung' neurotischer Störungen aus den jeweiligen Behandlungsbedingungen	106
II.1.5.	Zusammenfassung und Kriterien für ein Neurose- und Therapiemodell	111

II.2.	Neurotisches Leiden als gestörter Selbst- und Erlebensbezug des Subjektes - Das Neurosemodell	115
II.2.0.	Vorbemerkungen	115
II.2.1.	Der Neurosebegriff und das klinisch-psychologische Phänomen	115
II.2.2	Äußere Situation und subjektiv erlebte Betroffenheit	118
II.2.3.	Die Differenz von Erlebensevidenz und reflexivem Bewußtsein	124
II.2.4.	Das Verhältnis von emotionalen und kognitiven Momenten im Erleben	129
II.2.5.	Aufbrechen der Erlebensevidenz versus neurotische Kurzgeschlossenheit	133
II.2.6.	Der neurotische Konflikt zwischen selbst-reflexiven Strebungen und Kurzgeschlossenheit im Betroffenheitserleben	137
II.2.7.	Generalisierungen des neurotischen Konfliktes	140
II.2.8.	Zusammenfassung des neurotischen Konfliktes	142
II.2.9.	Diskussion des neurotischen Konfliktes in der Praxis und in den GPT-Interpretationen	145
II.2.9.0.	Vorbemerkungen	145
II.2.9.1.	Der neurotische Konflikt in der therapeutischen Praxis	145
II.2.9.2.	Der neurotische Konflikt in den GPT-Interpretationen	152
II.2.9.3.	Zusammenfassung der Diskussion des neurotischen Konfliktes	158
II.3.	Das Wechselspiel zwischen Verbalisierung des Therapeuten und Selbstexploration des Klienten - Ein Modell der gefühlszentrierten und der kognitiven GPT	162
II.3.0.	Vorbemerkungen	162
II.3.1.	Das Verhältnis der Verbalisierung zu den klientenzentrierten Haltungsvervariablen	164
II.3.2.	Die Äußerungen des psychoneurotischen Klienten in der Therapie	169
II.3.3.	Das 'Mehr' der Verbalisierung gegenüber den Äußerungen des Klienten	173
II.3.4.	Die therapeutischen Funktionen der Verbalisierung (1): Reaktivierung der Erlebens-unmittelbarkeit des Klienten	179

II.3.5.	Die therapeutischen Funktionen der Verbalisierung (2): Objektivierung der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten	184
II.3.6.	Das Wechselspiel zwischen Verbalisierung des Therapeuten und Selbstexploration des Klienten	187
II.3.7.	Zusammenfassung: Das Modell des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration	190
II.3.8.	Das Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration in den kontroversen GPT-Konzepten	193
II.3.8.0.	Vorbemerkung	193
II.3.8.1.	Interpretationen des therapeutischen Vorsprungs der Verbalisierung	194
II.3.8.2.	Interpretationen der therapeutischen Dimension der GPT	201
II.3.8.3.	Interpretationen der Selbstexploration des Klienten	206
II.3.8.4.	Ungeklärte negative Wirkungen der klientenzentrierten Therapie	212
II.3.8.5.	Zusammenfassung der Diskussion	215
II.3.9.	Kognitive versus gefühlswegzentrierte Tendenzen des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration	218
II.4.	Hypothesen zur emotionalen respektive kognitiven therapeutischen Tendenz und zum Selbst- und Erlebensbezug des Klienten	230
II.4.1.	Hypothesen zur therapeutischen Tendenz	230
II.4.2.	Hypothesen zum Selbst- und Erlebensbezug des Klienten	231

Teil B

I.	Einführung	232
II.	Die Meßinstrumente für die neuen Merkmale	238
II.0.	Überblick	238
II.1.	Beschreibung der untersuchten Merkmale	239
II.2.	Begründungen der Konstruktion neuer Skalen für die therapeutische Tendenz und für das Klientenmerkmal	242
II.2.1.	Begründung der Konstruktion neuer Skalen für die therapeutische Tendenz	242
II.2.2.	Begründung der Konstruktion neuer Skalen für das Klientenmerkmal	243
II.3.	Die Merkmalsoperationalisierung unter Gesichtspunkten der Datenqualität	245
II.3.1.	Erlebens- und Verhaltensdaten	245
II.3.2.	Statische und prozeßbezogene Datenerfassung	247
II.4.	Das Konstruktionsverfahren	249
II.4.1.	Konstruktion der Fragebögen	249
II.4.2.	Konstruktion der Rating-Skalen zur Beurteilung der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen	251
II.4.3.	Überblick über die neu konstruierten Skalen	252
II.4.3.1.	Die Skalen zur Erfassung der therapeutischen Tendenz	252
II.4.3.2.	Die Skalen zur Erfassung des Klientenmerkmals	254
II.5.	Merkmalsquantifizierung anhand der Skalen	255
II.5.1.	Merkmalsquantifizierungen anhand der Selbst- und Fremdeinschätzungen durch die Interaktionspartner	255
II.5.2.	Merkmalsquantifizierungen anhand von Verhaltensratings	256
II.5.2.1.	Die Rater	256
II.5.2.2.	Das Beurteiler-Training	257

II.6.	Diskussion der Skalen	263
II.6.1.	Die Meßqualität der Daten	263
II.6.2.	Aspekte der Reliabilität der Skalen	265
II.6.3.	Aspekte der Validität der Skalen	266
II.7.	Die Maße für die weiteren in die Untersuchung einbezogenen Variablen	268
II.8.	Zusammenfassung	269
III.	Design und Durchführung der Untersuchung	274
III.0.	Überblick	274
III.1.	Die Untersuchung der Merkmale anhand der Fragebogendaten	275
III.1.1.	Auswahl und Zusammensetzung der Therapeutenstichprobe	276
III.1.2.	Auswahl und Zusammensetzung der Klientenstichprobe	278
III.1.3.	Situationen und Verfahren der Datenerhebung	281
III.1.4.	Weitere Daten im Rahmen der Fragebogenuntersuchung	282
III.2.	Die Untersuchung der Merkmale anhand von Einschätzungen der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen	283
III.2.1.	Die Therapeutenstichprobe	283
III.2.2.	Die Klientenstichprobe	287
III.2.3.	Die Erhebung der Rating-Daten	289
III.2.4.	Zusammenfassung und tabellarische Übersicht über das Untersuchungsdesign	291
IV.	Die Untersuchungsbefunde	296
IV.0.	Überblick über das Kapitel	296
IV.1.	Die Fragestellungen der Untersuchungen	297
IV.2.	Die therapeutische Tendenz mit den Polen emotional (E) und kognitiv (K)	301
IV.2.1.	Ausgangspunkt und Untersuchungsannahmen	301
IV.2.2.	Aufbereitung der Tendenzdaten für die Datenverarbeitung	304
IV.2.2.1.	Vorbemerkungen zur Varianzanalyse als Verfahren zur Prüfung der Personspezifität und Stabilität der therapeutischen Tendenz	304

IV.2.2.2.	Die Bildung der Therapeutengruppen TYP E (emotionaler Reaktionstyp) und TYP K (kognitiver Reaktionstyp)	307
IV.2.2.2.1.	Die Zuordnungsdaten	307
IV.2.2.2.2.	Das Gruppierungsverfahren	308
IV.2.3.	Die Untersuchungsverfahren und ihre metrischen Voraussetzungen	314
IV.2.3.1.	Überblick über die Untersuchungsver- fahren	314
IV.2.3.1.1.	Die Varianzanalysen	314
IV.2.3.1.2.	Die Mittelwertvergleiche	318
IV.2.3.2.	Die Verteilungsvoraussetzungen der Tendenzdatenverarbeitung	320
IV.2.4.	Emotionalität versus Kognitivität TYP E/TYP K als stabile Person- konstante klientenzentrierter Thera- peuten - Die Befunde zu den Kern- hypothesen 1 - 4	323
IV.2.4.1.	Der Einfluß des Faktors Therapeuten- TYP (E resp. K) auf die realisierte Interaktion	323
IV.2.4.2.	Die therapeutische Tendenz im Selbst- erleben des Therapeuten und ihre Wahr- nehmung durch den Interaktionspartner (Klient)	328
IV.2.4.3.	Die Stabilität der therapeutischen Tendenz im Therapieverlauf	332
IV.2.4.4.	Die Stabilität der Personkonstante TYP (E/K) beim Wechsel des Klienten	334
IV.2.4.5.	Das Zusammenwirken von Personkonstante TYP (E/K), Zeitpunkt, Klient und Beur- teiler	340
IV.2.4.6.	Die Personkonstante TYP (E resp. K) und die Persönlichkeitsdimension Extraversion	343
IV.2.4.7.	Der TYP (E resp. K) des Therapeuten im Verhältnis zum Erlebensbereich, auf den sich die Veränderungen seitens des Klien- ten beziehen	346
IV.2.4.8.	Zusammenfassung: Emotionalität respektive Kognitivität - die klientenzentrierte Praxis als Funktion der Therapeutenpersönlichkeit	349

IV.3.	Die Befunde zum Klientenmerkmal: Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges in der klientenzentrierten Interaktion	351
IV.3.1.	Ausgangspunkt und Untersuchungsannahmen	351
IV.3.2.	Reflexivität der Selbst- und Erlebensbezugnahme als Langzeitwirkung klientenzentrierter Psychotherapie	353
IV.3.3.	Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten als Funktion fortschreitender klientenzentrierter Therapie	354
IV.4.	Die therapeutische Tendenz und die Selbst- und Erlebensreflexivität des Klienten im Hinblick auf Therapieerfolg	358
IV.4.1.	Das Klientenmerkmal und andere Therapieerfolgskriterien	359
IV.4.1.1.	Merkmalsveränderungen und Therapieerfolg	362
IV.4.2.	Emotionalität resp. Kognitivität des GP-Therapeuten und Therapieerfolg	365
IV.5.	Zusammenfassung der Befunde zur therapeutischen Tendenz und zur Selbst- und Erlebensbezugnahme des Klienten	367
IV.5.1.	Emotionale und kognitive Tendenzen in der GPT	367
IV.5.2.	Kognitive Wirkungen der GPT	370
V.	Kognitive Interventionen und Prozesse in der klientenzentrierten GPT - Ausblicke auf Praxis, Forschung und Theoriebildung	372
V.0.	Vorbemerkungen	372
V.1.	Anregungen zum Einsatz kognitiver Interventionen aus Beobachtungen an Einzelfällen	373
V.2.	Die Untersuchungsbefunde im Hinblick auf die Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsentfaltung	377
V.2.1.	Die GPT-Kontroverse im Verhältnis zu den Untersuchungsbefunden	377
V.2.2.	Die kognitive Interaktion in der klientenzentrierten Praxis im Hinblick auf die Konzeption des Therapeutenverhaltens	379

V.2.3.	Selbst- und Erlebensreflexivität in der Praxis im Hinblick auf die Konzeption der GPT	380
V.3.	Die Untersuchungsbefunde im Hinblick auf Probleme der GPT-Forschung	384
V.3.1.	Diskrepanzen zwischen Kriterien des Therapiefortschrittes und Erfolgskriterien außerhalb der Therapie	384
V.3.2.	Diskrepanzen zwischen den klientenzentrierten Therapeutenhaltungen und Veränderungen auf seiten des Klienten	386
V.3.3.	Diskrepanzen zwischen der Variablen 'VeE', Therapieerfolg und Selbsteinschätzung der Verbalisierung durch den Therapeuten	387
V.3.4.	Diskrepanzen zwischen verschiedenen Erfolgsdimensionen	388
V.4.	Die Untersuchungsbefunde im Hinblick auf Diagnostik, Therapie, Ausbildung und Forschung	389
V.4.1.	Die kognitive therapeutische Tendenz im Hinblick auf die klientenzentrierte Praxis und Ausbildung	390
V.4.2.	Die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges im Hinblick auf die klientenzentrierte Erfolgskontrolle und Indikation	391
V.5.	Zusammenfassung der Diskussion	393
Literaturverzeichnis		397
Abkürzungsverzeichnis		419
Anhang		420

Vorwort

Bei der empirischen Untersuchung wirkten mit: 29 praktizierende Gesprächstherapeuten mit jeweils zwei Klienten. Ihre Bearbeitung der Fragebögen ermöglichte die Untersuchung des Therapeuten- resp. Klientenmerkmals anhand von subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen durch die Interaktionspartner.

Herr Dr. Eckert, der mir die Gesprächsdokumentationen (Bänder) seiner eigenen Untersuchung zur Verfügung stellte. Er ermöglichte damit die Untersuchung der Merkmale durch neutrale, an der Interaktion nicht beteiligte Rater.

Insgesamt 15 Rater zur Einschätzung der Therapeuten- resp. Klientenaussagen.

Zwei Diplom-Psychologen und ein Psychologie-Student ('Experten-Team'), die an der endgültigen Formulierung der Skalenitems beteiligt waren.

Ein Mathematiker, der wesentlich an der Auswahl der statistischen Prüfungsverfahren beteiligt war und die maschinelle Datenauswertung durchgeführt hat.

Jedem der Beteiligten möchte ich für seinen Beitrag zu der vorliegenden Arbeit danken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Bommert, dessen Rat mir bei der empirischen Untersuchung und bei der theoretischen Ableitung - die ich ansonsten ohne fremde Hilfe durchgeführt - eine große Hilfe war.

Einführung in den Gegenstand und Aufbau der Untersuchung

Das in der vorliegenden Arbeit zur Geltung kommende besondere Verhältnis zwischen theoretischer Analyse und empirischer Untersuchung erfordert eine Einführung, die den Leser mit dem methodischen Aufbau der Arbeit und dem Fortgang der Analyse vertraut machen und diese begründen soll.

Ein Ausgangspunkt der Arbeit führt zu der seit Jahren aktuellen Diskussion der Entwicklung und des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Erfassung und Kontrolle klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (GPT): diese innerwissenschaftliche Auseinandersetzung verweist auf einen Mangel, der im allgemeinen als fehlende theoretische Fundierung der Praxis und Forschung aufgegriffen wird. So erkennt Krause die Besonderheit der GPT - im Unterschied zur Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse - darin, daß "Theoriebildung als schädlich angesehen wird", Praxis daher "orientierungslos" ist (Krause 1976, S. 209). Daß dies keineswegs eine vorübergehende Situationsbeschreibung ist - im Sinne einer Phase der Klärung und Fortentwicklung klientenzentrierter Theorie -, wird an den jüngeren Urteilen deutlich, die fast identischen Gehalt haben. So kommt Minzel in seinem "Gutachten" zur Entwicklung und zum Stand der GPT zu dem Urteil, daß "das Konzept ... bis dato eher Fragen aufwirft, als sie beantwortet" (Minzel u. Bente 1979, S. 10), und daß das praktische Vorgehen insgesamt "theoretisch wie praktisch ungeklärt" (ebd., S.31) bleibt. Grawe äußert seine Unzufriedenheit mit bloß empirisch-korrelativen Begründungen der indikativen Entscheidungen, in Bezug auf die er eine Beantwortung der Frage nach dem "warum das so ist" als Zustand beschreibt, "von dem wir heute nur träumen dürften" (Grawe 1980, S.17). Ähnlich fordert

Pavel, dem vor dem "Anhäufen empirischer Fakten ohne inneren Bezug" "etwas graut" (Pavel 1978, S.83), eine grundlegende Theorie. Diese "umfassende klientzentrierte Therapietheorie" betrachtet er noch heute als "zu erarbeitende" Aufgabe der wissenschaftlichen GPT (Pavel 1983, S.10). Die Verbindung eines Mangels in Hinblick auf Theoriebildung - das Fehlen einer "einheitlichen und stringenten Theorie" (Bommert 1982, S.69) - mit einem "relativ gering entwickelten Forschungsstand" (Bommert 1982, S.70), stellt sich auch für Bommert als bezeichnend für den derzeitigen Stand der GPT dar.

Struck und Petermann greifen denselben Sachverhalt auf als Diskrepanz zwischen praktischer Entwicklung der klientenzentrierten Therapie und ihrer wissenschaftlichen Vertretung an der Hochschule und in der Forschung, die nicht "Schritt halten" können (1982, S.5).

In diesen und ähnlichen Stellungnahmen über den gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand der GPT wird das geringe Wissen um die empirisch aufgefundenen Zusammenhänge häufig mit f e h l e n d e n theoretischen Begründungen und Konzepten in Verbindung gebracht: Dementsprechend werden verstärkt Forderungen nach theoretischer Rückbesinnung laut. Andererseits g i b t e s seit der Existenz der klientenzentrierten Praxis auch deren theoretische Interpretationen, so daß weniger das F e h l e n theoretischer Konzepte als vielmehr die T r e n n u n g der Theoriebildung von der Entwicklung der Praxis und Forschung das Problem zu sein scheint. Diese Trennung macht sich im Charakter der Theorien selbst insofern geltend, als diese im wesentlichen einen nachgelieferten Interpretationsrahmen für die Praxis darstellen, häufig in Form von philosophisch-weltanschaulichen Prämissen, unter die sich dann alle möglichen praktischen Phänomene und empirische Korrelationen subsumieren lassen. Für die

Forschung heißt das, daß zwar jeder Befund 'irgendwie' in den Begriffen der Konzepte beschrieben werden kann, jedoch ohne daß damit auch eine Begründung oder eine Notwendigkeit angegeben wäre, die über das Dasein des zu klärenden Sachverhalts hinaus Auskunft gibt. Aus der Trennung zwischen Theorie einerseits, Praxis und Forschung andererseits und ihrem Verhältnis der wechselseitigen Subsumierbarkeit erwächst so die Gefahr, daß der begründende Zusammenhang der Wirkungen der einzelnen Variablen verlorengeht, so daß Forschung anstelle einer Aufklärung vermehrte Undurchschaubarkeit produziert. Voneinander abweichende empirische Resultate bleiben letztlich ungeklärt nebeneinander stehen, weil ihre Klärung dann ihre Grenzen hat, wenn methodische Differenzen als Begründung ausscheiden.

Aus dem Mangel der Trennung ergibt sich umgekehrt die unmittelbare Zusammengehörigkeit theoretischer Argumente und empirischer Untersuchungen, die jedem eine besondere Rolle im Verhältnis zum anderen zuweist: Ausgangspunkt der theoretischen Konzeptbildung sind stets bestimmte empirische Phänomene. Deren Beziehungen untereinander bzw. ihre eigene Beschaffenheit und Funktion muß durch die theoretische Analyse begründet und erklärt werden. Insofern die theoretischen Konzepte Notwendigkeiten behaupten, müssen sie anhand einer empirischen Prüfung theoretisch ableitbarer Zusammenhänge auf ihre Haltbarkeit hin geprüft - und somit erhärtet oder verworfen - werden. In diesem Sinne ist das Verhältnis zwischen theoretischer Analyse und empirischer Untersuchung in der vorliegenden Arbeit zu verstehen: als gleichwertige, sich gegenseitig ergänzende und bedingende Teile der Gesamtanalyse.

Kapitel I des theoretischen Teils der Arbeit geht aus



von dem charakteristischen Verhältnis zwischen Theorie und Praxis in der GPT, dessen Analyse die vorliegende Trennung näher bestimmt als Priorität der Praxis vor der Theorie (Abschnitt I.1).:Bestimmend für die Theorie und die Praxis ist demnach die persönlich-intuitive Art eines Therapeuten, 'hilfreich' auf den Klienten einzugehen. Als Theorie wird diese praktische therapeutische Interaktions e r f a h r u n g interpretiert in abstrakten Begriffen, die der praktischen Erfahrung die F o r m allgemeiner Gesetzmäßigkeiten geben. Dieses Verhältnis war bestimmend für Rogers' Konzeption der GPT als Grundlage einer wissenschaftlich anerkannten Therapie-Theorie und der entsprechenden Praxis. Es erlangt ebenso Geltung, wenn abweichende theoretische Interpretationen sich kritisch gegen Rogers' Auffassung wenden, was heißt, daß die theoretische Auseinandersetzung eine Grundlage in abweichenden Realisierungen der praktischen Grundbedingungen und ihrer Erfahrung haben. Ausschlaggebend für die abweichenden Erfahrungen sind persönlich-intuitive Tendenzen des jeweiligen Therapeuten.

Ausgehend von diesem Verhältnis der persönlichen Realisierung klientenzentrierter Praxis zu ihrer theoretischen Interpretation werden die verschiedenen Ansätze i n h a l t l i c h analysiert und vergleichend gegenübergestellt, mit dem Resultat, daß sich zwei zum Teil konträre theoretische Positionen herausarbeiten lassen, die wiederum auf zwei entsprechend polare Ausrichtungen im klientenzentrierten Vorgehen verweisen (Abschnitt I.2): eine nach innen orientierte, emotionale Tendenz klientenzentrierter Praxis, der eine stärker nach außen gewendete, kognitive Tendenz gegenübersteht.

Die Analyse der innerwissenschaftlichen GPT-Kontroverse unter dem Gesichtspunkt praktischer Differen-

zen (Abschnitt I.3) macht deutlich, daß der theoretische Streit zwischen zwei Grundpositionen durch die beiden praktischen Strömungen erklärbar wird. Aufgrund von formalen und inhaltlichen Parallelen zwischen Introversion und emotionaler Ausrichtung, Extraversion und kognitiver Realisierung der GPT (Abschnitt I.4) wird vermutet, daß die therapeutische Interaktionstendenz möglicherweise auf die Persönlichkeitsdimension Extraversion zurückzuführen ist.

Die beiden Alternativen klientenzentrierter GPT, ihr Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen und sonstige theoretisch ableitbare Zusammenhänge müssen einer empirischen Überprüfung unterzogen werden, die zugleich die theoretische Ableitung in den Prüfstand stellt.

Andererseits folgt aus der Analyse der theoretischen Konzepte, daß die jeweiligen Bestimmungen allein keine operationale Definition zugrundeliegender praktischer Strömungen und Differenzen erlauben. Kapitel I abschließend wird infolgedessen die empirische Vorfindlichkeit der aus den theoretischen Konzepten abgeleiteten praktischen Strömungen festgehalten, verbunden mit der Forderung nach einer eigenständigen Analyse der klientenzentrierten Interaktion. Diese muß die diskutierten theoretischen Mängel vermeiden und aus der Spezifik der klientenzentrierten Grundbedingungen eine gefühlszentrierte und eine kognitive Realisierung begründen.

Die Einlösung dieser Forderung ist das leitende Kriterium des Kapitels II. - Die Analyse der klientenzentrierten Interaktion vorbereitend werden einige theoretische Probleme im Rahmen der kognitions-, informationstheoretischen Konzepte als immanente Gründe

für den fehlenden Praxisbezug herausgearbeitet und diskutiert (Abschnitt II.1): so die extreme Abstraktheit, die Übertragung allgemeinspsychologischer Konzepte aus der kognitiven Psychologie auf die klientzentrierte Interaktion und deren Wirkungen, die theoretische Begründung mithilfe 'substantialisierender Substantivierungen' und die Methode der 'Rückwärts-Erklärung' neurotischer Phänomene aus den Prozessen ihrer klientzentrierten Behandlung.

Eine Konsequenz der Problematik der 'Rückwärts-Erklärung' ist, daß die theoretische Begründung der klientzentrierten Praxis und ihrer Wirkungen auf einer Bestimmung neurotischen Erlebens und Verhaltens aufbauen muß, welche zunächst unabhängig von den spezifischen Behandlungsbedingungen zu leisten ist. Die theoretische Analyse der als neurotisch gekennzeichneten Problematik (Abschnitt II.2) resultiert in einem Modell, welches neurotisches Verhalten und Erleben im Kern aus der Spezifik eines Konfliktes zwischen zwei polaren psychischen Zustandsqualitäten im Betroffenheitserleben begründet.

Die anschließende Untersuchung der klientzentrierten Interaktion (Abschnitt II.3) begreift dann die GPT als charakteristische therapeutische Interaktion, die sich in Gehalt und Wirksamkeit auf die vorausgesetzten spezifizierenden Merkmale des neurotischen Konflikts bezieht. Resultat der Analyse dieses Konflikts und seiner klientzentrierten Behandlung ist ein Modell gesprächspsychotherapeutischer Wirksamkeit, welches eine emotionale und eine kognitive Interaktionstendenz als gleichermaßen wirksame therapeutische Verhaltensmöglichkeit begründet. Form und Inhalt der Begründung erlauben eine direkte Ableitung empirischer Merkmale als Indikatoren für den

Gehalt der therapeutischen Tendenz mit den Ausprägungsalternativen emotional versus kognitiv. Darüber hinaus enthalten die Bestimmungen des neurotischen Konfliktes und seiner gesprächstherapeutischen Beeinflussung ein Merkmal der Veränderung seitens des Klienten, welches direkt aus der klientenzentrierten Interaktion resultiert und zugleich Kriterien adäquateren Funktionierens außerhalb der therapeutischen Beziehung beinhaltet. In ihrem Gehalt ist diese Veränderung gleichermaßen eine Funktion der emotionalen und der kognitiven Realisierung klientenzentrierten Therapeutenverhaltens. Beide Merkmale - die klientenzentrierte Interaktionstendenz und die Veränderungsdimension seitens des Klienten - können und müssen im Anschluß an die theoretische Ableitung einer empirischen Überprüfung unterzogen werden. Diese konstituiert Teil B der vorliegenden Arbeit. Teil B beinhaltet folglich eine abgeschlossene empirische Untersuchung des abgeleiteten Therapeuten- resp. Klientenmerkmals und einiger ableitbarer Zusammenhänge. Diese schließt die Konstruktion der Meßinstrumente für die neuen Merkmale, Anlage, Design und Durchführung der Untersuchung, statistische Auswertung der Daten, Darstellung und Diskussion der Befunde sowie einen Ausblick auf fernere Konsequenzen für die Forschung ein.

TEIL A

I. Die Kontroverse zwischen gefühlszentrierten und kognitiven Ansätzen innerhalb der Gesprächspsychotherapie (GPT) im Verhältnis zur klientenzentrierten Praxis

I.0. Vorbemerkung

Differende theoretische Ansätze und kontroverse Auffassungen innerhalb einer Therapieschule sind selbstverständlicher Bestandteil der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Innerhalb der GPT jedoch nimmt die Auseinandersetzung die Form eines "Streites zwischen zwei Lagern" (Kwiatkowski 1980a; S.64) an - also zwischen zwei in wesentlichen Auffassungen konträren Positionen - und geht damit über das selbstverständliche Ausmaß hinaus. Daß die kontroversen Standpunkte innerhalb einer Therapierichtung verhärteter sind als zwischen den verschiedenen Schulen, die sich bereits über Integrationsmöglichkeiten zu verständigen suchen, ist augenscheinlich eine Besonderheit der GPT.

Wie die folgende Analyse zeigen wird, liegt dem Gegensatz, der sich auf den wissenschaftstheoretischen Zugang, die theoretischen Konzepte und auf die Urteile über die Praxis erstreckt, eine Besonderheit des Verhältnisses der klientenzentrierten Theoriebildung zu den praktischen Erfahrungen zugrunde: Ausgangspunkt des ersten Kapitels sind die Aussagen der verschiedenen Vertreter der GPT zum Verhältnis der Theorie zur Praxis. Deren Analyse macht deutlich, daß der Praxis und ihrer Erfahrung durch die Beteiligten der entscheidende Stellenwert eingeräumt wird, dem die theoretischen Konzepte und Begründungen nachgeordnet sind. Sie geben der Erfahrung die F o r m einer wissen-

schaftlichen Begründung, haben jedoch vom Inhalt her eher weltanschaulichen Charakter. Ausgehend von diesem Verhältnis der theoretischen Konzepte zur klientenzentrierten Praxis kann die Kontroverse auf eine rationale Grundlage im therapeutischen Vorgehen selbst zurückgeführt werden.

Die Inhalte der vertretenen theoretischen Auffassungen verweisen diesbezüglich auf zwei tendenziell entgegengesetzte Realisierungen der klientenzentrierten Grundvariablen: eine gefühlszentrierte Vorgehensweise im traditionellen Sinn und eine davon abweichende kognitiv orientierte Interaktionsvariante. Insofern Kapitel I damit ein Stück Aufklärung der wissenschaftlichen Kontroverse innerhalb der GPT einschließt, kommt ihm eine eigenständige Bedeutung zu.

Kapitel I ist andererseits zugleich Grundlage für den Fortgang der theoretischen Analyse und der daran anschließenden empirischen Untersuchung: Mit der Ableitung der praktischen Existenz einer alternativen, kognitiv orientierten klientenzentrierten Vorgehensweise erwächst zugleich die Aufgabe des Kapitels II, beide Tendenzen begrifflich so zu bestimmen, daß ihre empirische Überprüfung möglich wird.

Anmerkungen 1.0. Vorbemerkungen

- 1) In ihrer Abhandlung der "Psychotherapie als subjektiver Prozeß" (1980a) will Kwiatkowski mit der zitierten Charakterisierung die Ähnlichkeit der innerschulischen GPT-Kontroverse mit der Auseinandersetzung zwischen Skinner und Rogers zum Ausdruck bringen.

I.1. Das Verhältnis der GPT zur klientenzentrierten Theorie

Zur Veranschaulichung des allgemeinen Verhältnisses der praktischen Arbeit zu ihren theoretischen Begriffen wird von Vertretern der GPT gerne auf eine Metapher zurückgegriffen, die Rogers selbst prägte: das Bild der "zarte(n) Blume der Theorie, die auf dem festen Boden der Erfahrung gewachsen ist." (Rogers 1973a, S.32, zitiert von Wild 1975, S.61) Nun muß sich jede Art Theoriebildung - soweit sie nicht bloß formale Systeme konstruiert - zunächst auf irgendeine Art der Erfahrung als ihren Ausgangspunkt beziehen. Als Theorie hat sie ihre Bestimmung darin, die unerkannte, ungewisse Erfahrung gedanklich zu durchdringen und ihre Rationalität zu erfassen. Sie schließt Relativierung, Korrektur, In-Frage-Stellen der bloß erfahrungsmäßigen Anmutung ein.¹⁾

Obige Metapher jedoch veranschaulicht ein Verhältnis der praktischen Erfahrung zu ihrer theoretischen Begründung innerhalb der GPT, welches genau umgekehrt ist: Der Erfahrung wird eindeutig bleibende Priorität gegenüber ihrer gedanklichen Verarbeitung zugewiesen. Als rein subjektive Erfahrung des klientenzentrierten Therapeuten wird ihr die Gewißheit und Sicherheit zugestanden, an der sich theoretisches Bemühen prinzipiell und permanent zu relativieren hat, ohne je eine entsprechende Erkenntnissicherheit liefern zu können. Das persönlich-intuitive Erleben einer befriedigenden und hilfreichen Beziehung zum Klienten bedarf demnach keiner weiteren Begründung; es begründet sich aus sich selbst - hat seine wesentliche Wahrheit darin, Erleben und Intuition des praktisch wirkenden Therapeuten zu sein.

Die Aufgabe der Theorie - der "zarten Blume" - ist es, dieser sich selbst begründenden Erfahrung die F o r m einer 'tieferen', allgemeineren Begründung zu geben. Ihr Inhalt reduziert sich auf eine begriffliche Bezeichnung und Systematisierung der praktischen Erfahrung, welche dieser die Form allgemeiner Gesetzmäßigkeiten zwischenmenschlicher Interaktion und individueller Entfaltung verleiht.

Besonders deutlich und eindrucksvoll ist das so charakterisierte Verhältnis der Theorie zur Praxis in den diesbezüglichen Aussagen Rogers' selbst ausgesprochen. Als Begründer der GPT und ihrer Theorie bestimmt er explizit die Funktionalisierung der Theorie zur Legitimation und Systematisierung seiner persönlichen Erfahrung im intuitiven hilfreichen Umgang mit psychisch Leidenden. Gendlin, der sich bei seinen Erweiterungen und Modifikationen der klientenzentrierten Theorie und Praxis stets als Vertreter der Konzepte Rogers' versteht, stimmt auch in seinen Äußerungen zum Verhältnis zwischen Theorie und Praxis weitestgehend mit Rogers überein. Spätere theoretische Weiterentwicklungen bzw. aktuelle theoretische Kontroversen greifen darüberhinaus auf wissenschaftstheoretische und methodologische Argumente zurück. Daß jedoch die subjektive Erfahrung der praktisch therapeutischen Interaktion auch heute noch ausschlaggebenden Einfluß auf die Theorieentwicklung innerhalb der GPT hat, soll die nun folgende Auseinandersetzung mit Argumenten Rogers', Gendlins und alternativen theoretischen Formulierungen und Aussagen zum aktuell gültigen Theorie-Praxis-Verhältnis deutlich machen. Dies impliziert zugleich einen Zusammenhang zwischen den theoretischen Konzepten und der praktischen Intuition, welcher der Persönlichkeit des Therapeuten

einen bestimmenden Einfluß auf die Entwicklung im praktischen Vorgehen selbst und in dessen theoretischer Konzeption zuweist.

I.1.1. Das Verhältnis von Theorie zu praktischer Erfahrung bei Rogers und Gendlin

Rogers macht die ausschlaggebende erkenntnisleitende Rolle seines subjektiv-intuitiven Erlebens für seine theoretischen Formulierung deutlich, wenn er den Prozeß der Erkenntnisgewinnung, das "Lernen", mit dem "Erleben" selbst identifiziert (Rogers 1975, S.16). Der B e g i n n der theoretischen Analyse - die klinische Intuition - ist für ihn zugleich eine "Gewißheit".

"Die Wahrheit ist, daß man ... damit beginnt, auf Basis klinischer Intuition festzustellen, daß bestimmte Einstellungen wirkungsvoll sind und andere nicht." (Rogers 1973b, S.47)

"Dank dieser Gewißheit habe ich tiefes Vertrauen auf mich selbst." (Rogers 1975, S.23)

Über dieses Vertrauen in seine Erlebens-Gewißheit hinaus fordert Rogers die Formulierung einer Theorie, die die "Phänomene erklären" soll. (Rogers 1981, S.31) Mit seiner Forderung nach theoretischen Begründungen nimmt Rogers einerseits selbst Bezug auf den Mangel der bloßen Erfahrung, die ihre Begründung nicht einschließt und kein Wissen um den erfahrenen Prozeß enthält. Er eröffnet damit einen Widerspruch zu seinem Ausgangspunkt, der Priorität und Gewißheit der Erfahrung, an der er jedoch festhält.

Den Widerspruch führt er so weiter, daß er die Theorie für die Erfahrung funktionalisiert; sie soll die Erfahrung in ein intellektuelles "Begriffssystem"

fassen, das sie "vollständig" und "angemessen berücksichtigt" (Rogers 1981, S.31), also dem persönlich-intuitiven Erleben dadurch die F o r m allgemeiner theoretischer Zusammenhänge verleihen, daß es mithilfe intellektueller Formulierungen einer scheinbaren inneren Logik gemäß systematisiert wird. Von dieser Zweckbestimmung her steht für Rogers vor jeder Theorieentwicklung fest, daß sie ihr Ziel "nie ganz erreicht" (ebd., S.31; vgl. auch Rogers 1982, S.75 - 77).²⁾

In seinen eher erkenntnistheoretischen Metareflexionen bestimmte Rogers s e i n e Art und Weise der theoretischen Konzeptbildung als Grundstreben menschlicher Selbstverwirklichung. So führt er jede Theorie auf ein Grundstreben zurück, der erlebten Realität die eigene subjektive 'Ordnung' als ihre wissenschaftliche Begründung aufzuprägen. Entsprechend bestimmt er Wissenschaft als Beitrag dazu, wichtige Erfahrungen in ein System zu bringen, das sein subjektives Bedürfnis nach Ordnung befriedigt (vgl. Rogers 1959, S. 184 ff; vgl. auch Rogers 1969, S. 21 ff).³⁾

Rogers' theoretische Konstrukte wie: das Selbst, Selbstaktualisierung, organismische Tendenz u. ä., werden so nachvollziehbar als Resultat des persönlichen Bedürfnisses, s e i n Erleben bzw. seine intuitive Gestaltung der therapeutischen Beziehung in einer Form darzustellen, die diesem den Charakter allgemeiner Gesetzmäßigkeiten menschlicher Entfaltung verleiht (vgl. auch Bommert 1982, A. 44 ff)⁴⁾.

Zur Rechtfertigung seiner theoretischen Konstruktionen und der darin enthaltenen Verallgemeinerungen seiner subjektiven Erfahrung führt Rogers zwei Argumente an: zum einen den G l a u b e n in die erlebte Gewißheit, der

"... besagt, daß die Philosophie der zwischenmenschlichen Beziehung, die ich zu formulieren geholfen habe, ... sich auf alle zwischenmenschlichen Situationen anwenden läßt." (Rogers 1975, S.24)

zum anderen verweist er auf den Nutzen der Theorie für die Praxis als deren "Zusammenfassung" (Rogers 1975, S.24).

Ausgehend von der Funktionalisierung der Theorie für das intuitiv bestimmte therapeutische Handeln hat Rogers selbst bereits theoretische Weiterentwicklungen und Modifikationen vorweggenommen. Sie ergeben sich von seinem Standpunkt aus als Folge neuer und/oder modifizierter therapeutischer Erfahrungen.

Gendlings Theorie der Persönlichkeit stellt eine solche theoretische Entwicklung dar. Wie Rogers hat auch er die Subsumtion der theoretischen Konzepte unter die Erfahrungsintuition explizit als Notwendigkeit klientenzentrierter Theoriebildung formuliert.

Obwohl Gendlins Aktualität vorwiegend auf seiner Methode des "Experiencing" und "Focusing" beruht, versteht er selbst sein Werk nicht zuletzt als Reflexion über allgemeine Prinzipien menschlichen Erlebens und Handelns. So beurteilt er die Bedeutung seiner Theorie als "Erweiterung vom menschlichen Denken und vor allem der Wissenschaft der Gesellschaft" (Gendlin in einem Interview mit Breuer und Ketzer 1979, S.58). Wie Rogers rechtfertigt auch Gendlin seine theoretischen Formulierungen als Ausdruck seiner persönlichen Erlebensgewißheit in tiefen zwischenmenschlichen Beziehungen. Entsprechend bestimmt er die Qualität seiner Konzepte als primär philosophisch-weltanschauliche Verallgemeinerungen (vgl. Minsel u. Bente 1980, S.157; vgl. auch Juchli/Köhne/Wild-Missong/ 1983, S.85/86)⁵⁾.

Die Intuition und das subjektive Erleben des Praktikers behält für ihn absolute Priorität vor seiner theoretisch begründeten Orientierung.

"... the person of the therapist is a more important factor than his official orientation."
(Gendlin, 1974, S.212)

In diesem Sinne referieren auch Wilttschko und Köhne Gendlins Werk als "Erweiterung klientenzentrierter Praxis" und Ausdruck seiner "Erfahrungswelt" (Wilttschko u. Köhne 1981, S.3): als "Philosophie der Menschen als miteinander Existierender", die "das, was auf den ersten Blick als reine Technik erscheinen mag, zwingend hervorgehen (läßt)" (Wilttschko u. Köhne 1981, S.15). Diese Verknüpfung von Lebensphilosophie mit zwingender Folgerung bedeutet, daß Theorie die Funktion erhält, dem intuitiven praktischen Vorgehen eine Art Notwendigkeit und Begründetheit zu verleihen, ohne jedoch die erkenntnisentscheidende Rolle des subjektiven Erlebens zu relativieren. Die philosophischen Konzepte enthalten also nur der Form nach Begründungen und Notwendigkeiten, indem sie das subjektive Erleben zu allgemeinen Konstrukten menschlichen Erlebens und Handelns verallgemeinern.

Im Unterschied zu Gendlin, der in Übereinstimmung mit Rogers die Bestimmtheit der theoretischen Konzeptentwicklung durch seine Gestaltung und Erfahrung der Praxis expliziert, gibt es eine Reihe alternativer theoretischer Konzepte, die diesen Zusammenhang nicht so deutlich offenlegen. Als eigenständige umfassende alternative Interpretation der klientenzentrierten Interaktion hat sich der kognitions- und informationstheoretische Ansatz durchgesetzt. (vgl. Bommert 1982, S.47)
Die Untersuchung des Verhältnisses von erfahrungsmäßiger praktischer Intuition zu alternativen theoretischen

Konzeptentwicklungen bezieht sich deshalb im wesentlichen auf diese Ansätze, die im deutschen Sprachraum hauptsächlich durch die Arbeiten von Wexler (1974 a, b) und Anderson (1974) Bekanntheit erlangten.⁶⁾

I.1.2. Das Verhältnis von Theorie zu Praxis in den alternativen kognitions- und informationstheoretischen Ansätzen der GPT

Ihrem eigenen Selbstverständnis gemäß tragen sich die kognitions- und informationstheoretischen Konzepte als alternative *I n t e r p r e t a t i o n* der vorausgesetzten klientenzentrierten Praxis vor. Diesem Selbstverständnis entsprechend sind ihre Argumente gegen Rogers' Konzepte häufig eher wissenschaftstheoretischer, methodologischer Art.

Zugleich gibt es jedoch deutliche Hinweise darauf, daß auch diesen theoretischen Neuformulierungen persönliche Modifikationen in der Gestaltung und im Erleben der klientenzentrierten Interaktionsbedingungen zugrundeliegen; d. h., daß die Differenz zwischen den Erfahrungen dieser Autoren zu jenen Erfahrungen, wie Rogers sie in seinen theoretischen Konzepten zum Ausdruck bringt, eine ausschlaggebende Rolle für die Suche nach adäquateren Konzepten spielt: Das *g l e i c h z e i t i g e N e b e n e i n a n d e r* von Autoren, die vehement Rogers' Gedankengut vertreten und durch die bisherige wissenschaftliche Arbeit bestätigt sehen, und auf der anderen Seite Vertretern der GPT, die kritisch gegen die theoretischen Konzepte Rogers' alternative Begriffe fordern und anbieten, verweist darauf, daß die wissenschaftstheoretischen, methodologischen Argumente nicht der alleinige *G r u n d* für die theoretischen Neuformulierungen

rungen sind. An vielen Aussagen wird deutlich, daß umgekehrt z. T. die bevorzugte wissenschaftstheoretische, methodologische Position bereits eine Folge des bevorzugten theoretischen Konzeptes ist (vgl. Kwiatkowski, 1980a) Minsel u. Bente 1979).

Ein weiteres Indiz ist die Tatsache, daß keine notwendige Beziehung zwischen den Grundbedingungen der klientenzentrierten Therapie und den jeweils aufgegriffenen theoretischen Konzepten besteht. Diese stellen nicht das Resultat einer Analyse der klientenzentrierten Praxis dar, sondern eher umgekehrt: Aus den bereits bestehenden allgemein-psychologischen Theorien werden Konzepte ausgewählt und zum Ausgangspunkt der jeweiligen *I n t e r p r e t a t i o n* der vorausgesetzten Praxis gemacht. Das Kriterium der Auswahl ist innerhalb eines gewissen Spielraums die subjektive Bevorzugung. Die Suche nach dem und Auswahl des jeweiligen alternativen theoretischen Ansatzes ist also auch dem Bemühen geschuldet, die eigene Erfahrung der therapeutischen Interaktion adäquater zum Ausdruck zu bringen. Sie verweist damit auf praktisch-therapeutische Strömungen, die in Rogers' Konzepten nicht ausreichend repräsentiert sind.

Bestärkt wird diese Beurteilung durch den charakteristischen Sachverhalt, daß zum einen derselbe Gegenstand - die klientenzentrierte Interaktion - durch unterschiedliche theoretische Konzepte interpretiert wird. Zum anderen werden die Vorgänge und Wirkungen klientenzentrierter Interaktion mit Begriffen und Konstrukten gefaßt, die ansonsten bevorzugt auf ganz anders charakterisierte therapeutische Interaktionen - kognitive Verhaltenstherapie, Rational Emotive Therapie, u. a. - 'angewendet' werden (vgl. Beck, 1979 b; Ellis 1977)⁷⁾.

Über diese Indizien hinaus enthalten Aussagen der alternativen Ansätze selbst an vielen Stellen Hinweise auf den Zusammenhang zwischen persönlicher Erfahrung der Praxis und dem Bedürfnis nach adäquaterer theoretischer Formulierung dieser Erfahrung. So begründet Wexler die theoretischen "Abweichungen" und "Erneuerungen" mit abweichendem Erleben, das er der therapeutischen Interaktion "abgelauscht" habe und bezieht diese Begründung auf die Vertreter des kognitionstheoretischen Ansatzes insgesamt (Wexler 1974, S. 20).⁸⁾ Demnach hat also persönliches Erleben zur Formulierung eines alternativen kognitions-informationstheoretischen Konzeptes der Therapie veranlaßt. Entsprechend wird von Autoren der kognitions-informationstheoretischen Ansätze an vielen Stellen ihr theoretisches Bemühen mit einem Gefühl der Unzufriedenheit in Bezug auf die von Rogers formulierte Praxis begründet: Sie wenden sich gegen die Betonung der emotionalen Beziehung, gegen die Verpflichtung auf gefühlszentriertes Vorgehen des Therapeuten und gegen die Übergewichtung der emotionalen Erlebenswelt des Klienten. Ihrem eigenen, davon abweichenden Erleben der klientenzentrierten therapeutischen Beziehung entsprechend fordern sie Konzepte, die kognitive Leistung und Inhalte in den Vordergrund stellen und zum Ausdruck bringen.- Anderson bezieht sich direkt auf die Legitimationsfunktion der kognitionstheoretischen Auffassung für ihre eigene Art, die Praxis zu gestalten. Nach ihrem Urteil vermittelt die "neue Sicht" persönliche Erleichterung für ein Vorgehen, das von der Konzeption Rogers' abweicht (Anderson 1974, S.45).⁹⁾ Van Kessel gelangt zu seinen Neuformulierungen des GPT-Prozesses in Interaktionsbe-

griffen aus einem modifizierten Selbsterleben in der Rolle des Therapeuten. Er erlebt sich als einen Therapeuten "..., der sich als aktiv und intervenierend versteht", und erfährt die Beziehung nicht nur als Wohltat, sondern auch als "Heimsuchung" für den Klienten: als "paradox of beneficial ordeal", als dauernden Kampf um Spielregeln (Kessel 1976, S.146).

Einer solchen Auffassung liegt eine Modifikation im persönlichen Erleben und in der persönlichen Handhabung der klientenzentrierten Grundbedingungen zugrunde, die 'irgendwie' in Rogers' Konzepten 'keinen Platz hat', und deshalb nach adäquaterer Formulierung drängen mußte.

Die hier angeführten Indizien und direkten Aussagen enthalten deutliche Hinweise, daß das für Rogers charakteristische Verhältnis seiner theoretischen Formulierungen zu seinem subjektiven Erleben bzw. der intuitiven Gestaltung der therapeutischen Interaktion auch für die alternativen kognitions- und informationstheoretischen Ansätze zutrifft. Obwohl sich die Ansätze in der Regel als alternative und adäquatere Interpretationsbegriffe für dieselbe einheitliche klientenzentrierte Praxis verstehen und eher wissenschaftstheoretische, methodologische Argumente zu ihrer Rechtfertigung gegenüber den Konzepten Rogers' anführen, verweisen sie somit auf eine Tendenz in der persönlichen Ausgestaltung der klientenzentrierten Grundbedingungen, die sich in den traditionellen Konzepten nicht adäquat repräsentiert findet. Das Bemühen, auch diesen Erlebens- und Verhaltensmomenten theoretisch Ausdruck zu verleihen ist für die Wahl alternativer Konzeptionen mitverantwortlich.

Mit den phänomenologisch-philosophischen Ansätzen von Rogers und Gendlin einerseits, den kognitions-theoretischen Konzepten von Wexler, Anderson u. a. andererseits, sind die grundlegenden und relativ geschlossenen theoretischen Interpretationssysteme der GPT erfaßt. Auf sie in erster Linie beziehen sich je nach eigenem Standpunkt die verschiedenen Stellungnahmen in der aktuellen GPT-Kontroverse. Darin kommt zum Ausdruck, daß die therapeutische Intuition und das subjektive Erleben auch für die aktuell bezogenen Standpunkte entscheidend sind.

I.1.3. Das Verhältnis von Theorie zu Praxis in der aktuellen GPT-Kontroverse

Ohne auf die kontroversen inhaltlichen und methodologischen Standpunkte näher einzugehen (vgl. dazu Abschnitt I.2. und I.3.), läßt sich an Stellungnahmen zum gegenwärtigen Stand der Erkenntnisgewinnung innerhalb der GPT zeigen, daß das an den drei Theorien exemplarisch diskutierte Verhältnis der Praxis zur Theoriebildung insgesamt charakteristisch ist für die wissenschaftliche Entwicklung der GPT. So hat Wild (1975) die eingangs angeführte Metapher von der 'zarten Blume' Theorie gegenüber dem 'festen Boden' der subjektiven Erfahrung der Praxis nicht nur auf Rogers' eigene Konzepte bezogen; vielmehr wollte sie damit auf die prinzipielle Priorität der therapeutischen Erfahrung für die GPT insgesamt aufmerksam machen (vgl. Wild 1975, S.61). Minsal und Bente deuten diese Priorität an, wenn sie als wesentliche Kriterien der GPT-Theoriebildung anführen:

1. genaues Beobachten und Erfahren;
2. kreative Ideen;
3. die Leistung der kreativen Theorie, der Erfahrung

eine innere Ordnung aufzuprägen (Minsel und Bente 1980 b, S.147). Minsel führt dies auf den noch heute bestimmenden Einfluß des Begründer der GPT zurück. Er charakterisiert die klientenzentrierte Therapie als eine, die bis heute "in entscheidender Weise" von Rogers' persönlichen Erfahrungen bestimmt ist (Minsel u. Bente 1979, S.15). Pavel sieht d a s Kennzeichen seines wissenschaftlichen Arbeitens darin, daß sie "ein Versuch waren, die eigene therapeutische Entwicklung für mich selbst faßbar zu machen" (Pavel 1983, S.11).

Ausgehend von diesem charakteristischen Verhältnis der klientenzentrierten Theoriebildung zur vorausgesetzten Praxis gibt es innerhalb der GPT wissenschaftliche Auffassungen, die ein solches Vorgehen als Vorschrift formulieren, wie Konzeptentwicklung innerhalb der GPT prinzipiell vorzugehen hat. So hält Tausch die Eigenart, daß GPT eine "überwiegend intuitiv gewonnene", "kunstvoll" entwickelte Konzeption einer Praxis ist, als ein 'Muß' fest (Tausch 1970, S.12). Aus dem darin enthaltenen Anspruch an theoretische Begründungen, sich permanent der persönlich-subjektiven Erfahrung zu unterwerfen, entwickelte Kwiatkowski (1980) einen eigenen Forschungsansatz, der "Psychotherapie als subjektiven Prozeß" (Buchtitel) faßt und die persönlichen Erfahrungen der Betroffenen zum leitenden Kriterium der theoretischen Konzepte erhebt.

Demgegenüber vermerken Biermann-Ratjen et. a. (1979, 1980, 1983), daß eine derartige Verpflichtung der Theorie auf das subjektive Erleben letztlich zur theoretischen und praktischen Willkür führe. Nach Auffassung der Autoren ist 'dieser Mangel verantwortlich dafür, daß die GPT als spezifische B e h a n d l u n g s-

form "in Vergessenheit" geriet zugunsten der "philosophischen Betrachtung über humanes Verhalten überhaupt," (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1979, S.8), und daß darüberhinaus eine Relativierung und 'Verwässerung' der klientenzentrierten Spezifik stattfinden konnte. Die Autoren ziehen daraus die Konsequenz, eine eigene theoretische Darstellung zur Diskussion zu stellen, die die klientenzentrierte Beziehung als "instrumentell" für den therapeutischen Veränderungszweck formuliert (Biermann-Ratjen et. al. 1979, S.13-38, 83-115).

Ansonsten wird Kritik am Verhältnis von klientenzentrierter Theorie zur zugrundliegenden Praxis vor allem in Bezug auf allgemeine wissenschaftstheoretische Standards vorgetragen. Gemessen an deren Kriterien wird die Theorie der GPT als unzureichend beurteilt: "mehr eine wissenschaftliche Praxis, denn eine überprüfte Theorie", mit "Widerwillen gegen analytisches Denken" (Falbesaner 1978, S.33), bis hin zu "irrationale Wissenschaftsfeindlichkeit" (Gröschke 1979, S.44). Als Konsequenz daraus halten Mempel et. al. fest, daß der Praktiker zwar "gute Arbeit leistet", jedoch o h n e theoretisches Wissen um seine Grundlagen (Mempel/Müller/Zielke 1980, S.125; vgl. auch Pavel 1983, A.10; Bommert 1982, S.69/70). Deutlich wird an den affirmativen wie an den kritischen Stellungnahmen, daß sich Unzufriedenheit und Zustimmung gleichermaßen auf die Subsumtion der Theorie unter das intuitive therapeutische Handeln als prinzipielles Merkmal der wissenschaftlichen Entwicklung der GPT beziehen.

Dieses zunächst nur formal-methodisch scheinende Merkmal der GPT als Wissenschaft hat Konsequenzen für die inhaltliche Qualität der theoretischen Kon-

zepte und das praktisch-therapeutische Vorgehen selbst.

I.1.4. Die Funktionalisierung der Theorie in Hinblick auf die Qualität der theoretischen Konzepte

Eine erste unmittelbare Konsequenz ergibt sich aus der Funktionalisierung der Theorie für die Beschaffenheit der theoretischen Konzepte selbst. Diese begreifen nur der F o r m nach allgemeine Zusammenhänge und Wirkgrößen. Inhaltlich handelt es sich eher um philosophisch-weltanschauliche Konzepte und Gehalte, deren reale Existenz kaum vorstellbar ist. Rogers reflektiert auf diese Qualität der GPT-Konstrukte, wenn er seine Theorie als "basale P h i l o s o p h i e" der Psychotherapie und der menschlichen Beziehungen bezeichnet und die "personenzentrierte Haltung" mit einer "Art und Weise des Seins" gleichsetzt (Rogers 1982, S.77). Ähnlich charakterisiert Pfeiffer die theoretische Abteilung der GPT mit Verweis auf Buber als "Begegnungsphilosophie" (Pfeiffer 1980 a, S.26), und Pavel sieht in den theoretischen Begriffen "klientzentrierte Werthaltungen und Ideologien", die die Praxis ergänzen (Pavel 1975, S.41). Theoretische Konzeptionen der klientenzentrierten Interaktion als idealtypische Beziehung (vgl. Rogers 1974, S.211ff; Minsel/Bente 1980, S.146/148) deuten in der Bezeichnung selbst an, daß Theorie nicht eine Begründung der Praxis liefert, sondern die ad-hoc Praxis durch ein Ideal ergänzt.

Derartige philosophisch-ideologische Konzepte erlauben dem praktisch Erfahrenen zwar 'irgendwie' - mehr oder weniger intuitiv-assoziativ - Rückschlüsse

auf das zugrundeliegende Erleben des praktischen Handelns und seiner Wirkungen. Ein begründender Zusammenhang bzw. eine notwendige Beziehung zwischen theoretischen Abstraktionen und praktischem Handeln ist jedoch nicht herstellbar; auch dann nicht, wenn man wie Biermann-Ratjen und Eckert (1982) ganz selbstverständlich davon ausgeht, daß Theorie eine "post hoc Erklärung" (S.37) der intuitiven Praxis darstellt. Stattdessen wird das eigene intuitive Vorgehen durch eine Art Weltanschauung ergänzt. Es erhält so den Anschein der Notwendigkeit und Berechtigung, ohne eine Aufklärung und Bestimmung dessen, was der Praktiker warum mit welcher Wirkung tun soll, zu enthalten. Das praktische Handeln selbst - reduziert auf die Intuition der Erfahrung - bleibt letztlich immer das rätselhafte, unfaßbare Geheimnis. Rogers selbst reflektiert die Mystifikation, die aus seinem theoretischen Vorgehen für Praxis und Theorie resultiert, als Eigenheit von Erfahrung und ihrer theoretischen Begründung per se:

"Ich würde auf alle Worte verzichten, wenn ich die Erfahrung, die Therapie ist, auf irgendeine Weise zeigen könnte." (Rogers 1981, S.15)

"..., wie wir staunend die mächtigen Kräfte wahrnehmen, die in dieser Erfahrung sichtbar werden, Kräfte, die tief im Universum verwurzelt zu sein scheinen." (Rogers 1981, S.16)

"Sie (die elementare Reaktion) existiert fast als eine Form reiner Energie, die von anderen nur durch ihr Gefühl, und nicht durch ihren Intellekt wahrgenommen werden kann." (Rogers 1981, S.159)

"... eine positive Energie, die sich durchzukämpfen sucht. ..., (auch) 'in the flowers and the rocks'," (Rogers in einem Vortrag in Hamburg 1981, referiert von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1981, S.43; vgl. auch Rogers 1982, S.77)¹⁰⁾

Die Vehemenz und Begeisterung, mit der Rogers hier seine Überzeugung von der grundsätzlichen Unzuläng-

lichkeit der Theorie im Verhältnis zur therapeutischen Erfahrung veranschaulicht, resultiert aus seiner persönlichen Erfahrungsgewißheit. Vom Standpunkt der Effektivierung und Kontrolle der therapeutischen Arbeit jedoch, für die Erkenntnisse über die Prozesse und Wirkungen gefordert sind, schlägt die Funktionalisierung der Theorie um in das Gegenteil: W e i l die Theorieentwicklung für das subjektive Erleben der therapeutischen Interaktion funktionalisiert ist, erweist sie sich dann, wenn theoretisches Wissen für die Entwicklung der Praxis vonnöten ist, als unbrauchbar.

Dementsprechend gibt es innerhalb der GPT Stellungen, die die von Rogers gefeierte Qualität der Theorie im Verhältnis zur Erfahrung kritisch zur Kenntnis nehmen. So verbindet Pavel mit dem ideologisch-weltanschaulichen Charakter der Theorien unmittelbar, daß die Praxis selbst zum großen Teil der persönlichen Intuition des Praktikers anheimgestellt ist (Pavel 1975, S.40; vgl. auch Pavel 1983, S.10). Minsel bringt die Eigenart der theoretischen Konzepte in Zusammenhang mit U n w i s s e n der Praktiker über ihr eigenes Tun: daß sie sich "der Auswirkungen ihrer therapeutischen Arbeit selbst nicht sicher zu sein (scheinen) " (Minsel u. Bente 1979 , S.27, vgl. auch Minsel und Bente 1980, S.150). Bommert stellt einen entsprechenden Zusammenhang in Bezug auf die Beurteilung des therapeutischen Erfolges her. Diese ist nach seinem Urteil ganz "in den subjektiv privaten Entscheidungsspielraum einzelner Personen verlegt " (Bommert 1980, S.179). Kleiber erkennt der "grundlegenden Veränderungstheorie" der GPT höchstens die Rolle einer "privaten Therapeutenheuristik" zu. Darüberhinaus spricht er den Anschein

der Notwendigkeit an, den die theoretischen Formulierungen dem "privaten" Vorgehen verleihen (Kleiber 1980, S.348). Mohazab und Ueckert (1983) sehen eine Schwierigkeit in Bezug auf die Vermittlung heuristischer Verhaltensweisen an andere Therapeuten darin, daß eine geeignete Theorie fehlt, die die "Heurismen" begreifen läßt (Mohazab/Ueckert 1982, S.44).

Derartige Urteile sind zugleich Ausdruck einer aktuellen Rückbesinnung auf die Funktion, die Theorie eigentlich zu erfüllen habe, und an der gemessen die bestehenden Konzepte als mangelhaft beurteilt werden. (Vgl. die Einleitung der Arbeit) Darüberhinaus machen die Stellungnahmen auf eine wichtige Implikation des philosophisch-spekulativen Charakters der Theorie für die Praxis selbst aufmerksam: Die Praxis der GPT ist i. w. durch die von Rogers formulierten klientenzentrierten Grundvariablen bestimmt (vgl. Steves 1979; Minsel und Bente 1980, S.146; Mempel/Müller und Zielke 1980, S.131, Biermann-Ratjen et. al. 1979, S.83). Diese sind Resultat seines intuitiven praktisch-therapeutischen Vorgehens. Als Ausdruck seiner *E r l e b e n s g e w i ß h e i t* - versehen mit einer philosophisch-weltanschaulichen Legitimation - sind diese Grundbedingungen einerseits argumentativ kaum hinterfragbar. Entsprechend wird die Kontroverse um die Variablen auch mehr oder weniger als weltanschauliche Auseinandersetzung geführt. (vgl. Abschnitt I.3.) Andererseits formulieren die Grundvariablen lediglich allgemeine Grundhaltungen und Einstellungen, die dem Praktiker keine konkreten Kriterien und Handlungsanweisungen für das Wie, Was und Wofür seiner therapeutischen Grundhaltungen gibt. In der konkreten Realisierung

ist er stattdessen in hohem Ausmaß auf seine persönliche Intuition, seine spontane Reaktion auf das subjektive Erleben der je gegenwärtigen Interaktion, verwiesen. Unter diesem Gesichtspunkt gewinnt die *P e r s ö n l i c h k e i t* des Therapeuten eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung der GPT. Persönliche Interaktions- und Erlebenspräferenzen bestimmen letztlich die Ausgestaltung der therapeutischen Grundbedingungen und vermittelt darüber die theoretische Konzeption. (vgl. dazu u. a. Auckenthaler, die unterschiedliches klientenzentriertes Verhalten auf die Basisvariablen zurückführt, 1982, S.138/139)

Die aus der theoretischen Kontroverse erschlossenen praktischen Tendenzen lassen sich somit weiterführen als klientenzentrierte Interaktionstendenzen, die auf persönlichkeitspezifischen Reaktionspräferenzen beruhen. Umgekehrt ist also anzunehmen, daß die kontroversen *I n h a l t e* der 'streitenden Parteien' auch inhaltliche Hinweise auf die Beschaffenheit der zugrundeliegenden persönlich bedingten Tendenzen enthalten. Deren Identifikation erfordert die in Abschnitt I.2. folgende Darstellung und inhaltliche Analyse der theoretischen Grundpositionen im Anschluß an die Zusammenfassung der Argumente des Abschnitts I.1..

Zusammenfassung

In Abschnitt I.1. wird ein spezifisches Verhältnis der GPT-Praxis zu ihren theoretischen Konzepten herausgearbeitet:

- Der als Therapieschule anerkannten klientenzentrierten Praxis liegt ein intuitives ad-hoc-Eingehen des psychotherapeutischen Helfers auf einen psychisch

Leidenden zugrunde, welches sich erfahrungsgemäß als hilfreich erweist.

- Theoriebildung beinhaltet das Bemühen, diesem intuitiven helfenden Eingehen auf den Klienten die Form wissenschaftlicher begründender Prinzipien zu verleihen.

Dieses Verhältnis von Theorie und Praxis war nicht nur für Rogers als Begründer der GPT ausschlaggebend. Es ist ebenso bestimmend für die theoretischen Weiterentwicklungen durch Gendlin, kognitions-informationstheoretische Alternativ-Ansätze, und findet auch in der aktuellen GPT-Kontroverse seinen Niederschlag.

Aus diesem Theorie-Praxis-Verhältnis werden Konsequenzen für das praktisch-therapeutische Vorgehen und die Qualität theoretischer Konzepte abgeleitet:

- Theorie erhält mehr oder weniger den Charakter philosophisch-weltanschaulicher Aussagesysteme, die nur der F o r m nach notwendige Beziehungen zwischen praktisch-therapeutischem Verhalten bzw. dazugehörigen Einstellungen und konstruktiven Änderungen seitens des Klienten enthalten.
- Kriterien der Praxis und ihrer Effektivierung sind aus den theoretischen Bestimmungen selbst nicht ableitbar. Diese erlauben lediglich eine assoziative Verknüpfung praktischer Erfahrungen mit ihren theoretischen Interpretationen.
- Ausschlaggebend für die Praxis nach Rogers sind die per Ausbildung vermittelten Vorschriften an den Therapeuten und seine persönlich intuitive Art, die vermittelten Grundhaltungen zu realisieren.
- Die Persönlichkeit der Therapeuten ist eine wesentliche Bestimmungsgröße für die konkrete Gestaltung des klientenzentrierten psychotherapeutischen Vorgehens.

- Theoretische Neuinterpretationen und sich gegenseitig kritisierende Positionen verweisen auf persönlich bedingte Abweichungen des praktisch-therapeutischen Vorgehens selbst - so, daß diese sich im jeweils kritisierten theoretischen Konzept nicht adäquat repräsentiert finden.

Zur Identifikation dieser, aus dem formalen Verhältnis von Theorie und Praxis abgeleiteten praktisch-therapeutischen Strömungen werden im anschließenden Abschnitt I.2. die Inhalte der theoretischen Grundpositionen vergleichend untersucht.

Anmerkungen I.1.

- 1) So z.B. beinhaltet die theoret. Erklärung einer Halluzination, Illusion u. dergl. zugleich eine Korrektur der zugrundeliegenden Erfahrung. Daß eine subjektive Erfahrung durch theoret. Überlegung als Irrtum qualifiziert werden kann, unterstellt stets, daß das Erleben selbst nicht als Erkenntnis akzeptiert wird.
- 2) In Rogers 1982) macht Rogers durch Schilderungen seines Erlebens in "einem leicht veränderten Bewußtseinszustand" deutlich, wie seine Selbst- und Interaktionserfahrungen die theoretische Entwicklung in Richtung Transzendental-Psychologie bestimmt (1982, S. 75-77).
Die diskutierte Gleichsetzung von wissenschaftlicher Erkenntnis mit subjektivem Erleben steht in unmittelbarem Zusammenhang mit Rogers Auffassung der äußeren Umwelt, der er prinzipiell keine Objektivität zugesteht. Rogers' diesbezüglichen Ausführungen in seinem Werk "Die klientbezogene Gesprächstherapie" (1973 a, S. 203) entnimmt Bommert, daß für ihn "Realität mit der subjektiven Erfahrung des Einzelnen gleichzusetzen ist" (H. Bommert, 1982, S. 18).
- 3) In seinem Beitrag: "A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client centered framework." bestimmt Rogers die Funktion wissenschaftlicher Arbeit als "... the persistent and disciplined effort to make sense and order in phenomena of subjective experience ..., because it is satisfying to perceive the world having an order, which exists in me".
In seinem Werk "Toward a science of the person" (In: Sutich, H.J., Vich, M.A., New York 69) führt Rogers das charakteristische Verhältnis von Theorie und Praxis in Form von philosophischen Überlegungen weiter. (S. 21 ff.)
- 4) Bommert bezieht sich bei seinen "Kritischen Anmerkungen zum Ansatz Rogers" u.a. auf das dargestellte Verhältnis der Theorie zur Praxis als Grundlage für die mangelnde empirische Überprüfbarkeit (Bommert 1982, S. 44 ff.).
- 5) Juchli et al (1983, S. 85/86) charakterisieren die Gendlin'sche Praxis - das 'Focusing' - als eine, die sich in der klientenzentrierten Arbeit entwickelt hat und "sich vollständig im Rahmen dieses Ansatzes bewegt".
Minsel und Bente (1980, S. 157 ff.) nennen a.a.O. als ausschlaggebende Kraft der Entwicklung des Experiencing-Konzeptes die existentialphilosophische persönliche Haltung Gendlin's. Dementsprechend bewerten sie seine Konzepte als eher ein "therapeutisches Verhaltens- und Erlebensphäno-

men" (157) und weniger eine wissenschaftlich-forschungsmäßig fundierte Therapiemethode. Zur Vertiefung in die inhaltlichen Bestimmungen der Konzepte Gendlin's verweise ich auf die Darstellungen von Pfeiffer (1976), Benise (1979), Bommert, H./Dahlhoff, E. (Hrsg.) (1978), Pavel, F.G. (1978) sowie auf die Ausführungen Absatz I.2. der vorliegenden Arbeit.

- 6) Die grundlegenden Gedanken des kognitions- und informationstheoretischen Ansatzes sind ausgeführt in Wexler's Aufsatz "A cognitive theory of Experience, self-actualisation an therapeutic process" (1974 a) sowie Anderson's Beitrag "Personal Growth and Client-Centered Therapy" (1974), und die Darstellung der "evocative function of the psychotherapies" von Rice (1974).
- 7) Die theoret. Konzepte des kognitionstheoretischen GPT-Ansatzes sind in wesentlichen Bestimmungen identisch mit den Konzepten der kognitiven Therapie nach Beck und Ellis, obwohl die direktiven kognit. Therapien mit der nicht-direktiven GPT meines Erachtens nicht vereinbar sind.
- 8) "L i s t e n i n g and reflexion has led the authors here to departures and innovations from traditional theoryang (Wexler, D.A., 1974, S. 20) Wexler begründet hier vorbemerktend für verschiedene kognitionstheoret. Beiträge deren von Rogers abweichende Konzeptentwicklung.
- 9) "as a consequence of this view ... I now feel less uneasy as I formerly did in asking clients to engage in new behaviors" (Anderson 1974, S. 45).
- 10) Mit diesen Worten referieren bzw. zitieren Biermann-Ratjen et al (1981) Rogers' Statements beim Vortrag 1981 in Hamburg im Auditorium Maximum. Rogers (1982) charakterisiert a.a.O. die GPT als "gelebte Philosophie", die das Individuum als eine "Kraft" erfährt und durch sie "gestärkt wird" (S. 77).

1.2. Die Inhalte der theoretischen Konzepte im Verhältnis zu Grundströmungen der klientzentrierten Praxis

1.2.0. Vorbemerkungen

Die Analyse des Verhältnisses der klientzentrierten Praxis zu ihrer theoretischen Begründung erlaubt zwar den Schluß, daß die Entwicklung der alternativen, von Rogers' abweichenden, theoretischen Konzepte auf abweichenden Strömungen in der Realisierung der GPT-Grundbedingungen beruht. Sie enthält jedoch keine Auskunft über die Qualität etwaiger Abweichungen in der Praxis. Deren inhaltliche Bestimmung erfordert eine Analyse der Inhalte der verschiedenen theoretischen Ansätze, die aus der formalen Diskussion des Theorie-Praxis-Verhältnisses ausgespart werden mußten.

Die Auswahl der in die Analyse einbezogenen theoretischen Ansätze und die Kriterien ihrer Untersuchung ergeben sich aus dem Untersuchungsziel einerseits, den Grenzen, die die Beschaffenheit der theoretischen Konzepte einer inhaltlichen Bestimmung der Praxis setzen andererseits: Die Art der Theoriebildung, wie sie in Abschnitt I.1. dargestellt und diskutiert wurde, schließt eine direkte Ableitung therapeutischer Verhaltensweisen aus einzelnen theoretischen Bestimmungen aus. Statt dessen muß aus der Gegenüberstellung der theoretischen Hauptströmungen und -positionen erarbeitet werden, inwieweit sich prinzipielle theoretische Orientierungen gegenseitig ausschließen und so auf jeweils differierende praktische Strömungen verweisen, die in ihrer prinzipiellen Orientierung durch die theoretischen "Gegen"-konzepte nicht repräsentiert sind.

Soweit dazu erforderlich, müssen die Grundbestimmungen und die Standpunkte der theoretischen Konzepte referierend vorgestellt werden. Eine detaillierte Darstellung aller Ein-

zelheiten ist aufgrund des begrenzten Aussagegehaltes für das Untersuchungsziel ohne zusätzlichen Aufschluß (außer auf die jeweilige Originalliteratur sie hierzu auf die Überblicksreferierungen von Bommert 1982, S. 12 - 44, Minsel 1979a und 1979b) Anlage II, S. 1 - 42, GwG (Hrsg.) 1975, Helm 1980 u.a. verwiesen).

Eine weitere zur Herausarbeitung wesentlicher Differenzen in der allgemeinen Grundtendenz notwendige Eingrenzung bezieht sich auf die Selektion der in die Analyse einbezogenen Ansätze: Die Konzentration auf Rogers' und diejenigen Ansätze, die sich zwar auf die allgemeinen Grundbedingungen der klientenzentrierten Therapie als ihren verpflichtenden Ausgangspunkt beziehen, jedoch als neues, von Rogers abgesetztes relativ eigenständiges Theoriesystem anerkannt sind, rechtfertigt sich ebenfalls aus dem begrenzten Aufschluß, den jedes einzelne neue 'Unterkonzept' für den Zweck der inhaltlichen Analyse beiträgt.

Unter diesem Gesichtspunkt werden in Abschnitt I.2. nur die jeweiligen Begründer der theoretischen Hauptrichtungen in die Analyse einbezogen. Spätere theoretische Entwicklungen, die sich explizit als Explikationen der einen oder anderen Grundtheorie vortragen, müssen an dieser Stelle ausgeklammert werden. Dies trifft auch für den Ansatz von Biermann-Ratjen et al zu, deren Darstellung der klientenzentrierten Praxis zwar neue Erkenntnisse insofern beinhaltet, als sie bei Rogers enthaltene und teilweise von seiner Philosophie überlagerte Unterstellungen herausarbeitet, verdeutlicht und in ein System unter dem Gesichtspunkt der spezifisch therapeutischen Wirksamkeit bringt. Dies jedoch geschieht an jedem Punkt der Ableitung als ein Festhalten an den von Rogers formulierten Konzepten (vgl. Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1979, S. 9 - 13 u. S. 83 - 114; Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 38; vgl. auch Abschn. II.3.7. der Arbeit).

Den Kriterien gemäß wird sich die inhaltliche Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundkonzepten auf den Ansatz von Rogers und dessen ergänzende Neuformulierung durch Gendlin einerseits, den kognitions- und informations-theoretischen Ansatz auf der anderen Seite beziehen. Deren Bestimmungen in den Kernbereichen sind jeweils vergleichend herauszuarbeiten.

I.2.1 Die Grundauffassungen der Triebkräfte des Subjektes

Die Formulierung "Triebkräfte des Subjektes" bezieht sich auf Aussagen zu inneren Kräften und Gesetzmäßigkeiten, die die Entfaltung j e d e s Subjektes unabhängig von seinen besonderen Entwicklungsbedingungen in Gang setzen und vorwärts treiben.

R o g e r s bestimmt als d i e motivationale Kraft der persönlichen Entwicklung und des menschlichen Handelns und Erlebens eine T e n d e n z d e s O r g a n i s m u s , sich selbst zu erhalten und zu fördern. Grundqualitäten der humanen Existenz sind dementsprechend primäre Bedürfnisse, biologisch-organismisch anmutende Erlebensqualitäten, emotional-affektive Erfahrungen und dergleichen (vgl. Rogers 1973a), S. 491, Rogers 1981, S. 422; Bommert 1982, S. 20 ff. bzw. S. 22 ff.). Die Tendenz zur Selbstaktualisierung ist demgegenüber ein abgeleitetes Produkt der Entwicklung des Selbstkonzeptes durch die Übernahme von Werten, Normen, Fremdbeurteilungen usw..

Insofern diese Übernahme des Selbstkonzeptes wiederum im organismischen Grundbedürfnis nach Zuwendung und Nähe gründet, spielt auch hier die organismische emotionale Erfahrung eine bedeutende Rolle (vgl. Rogers 1973a), S. 418 - 449, dargestellt in Bommert 1982, S. 31/32, sowie Minzel 1979, S. 18/19).²⁾

Die vorrangige Rolle der Tendenz des Organismus zur Selbsterhaltung und -erhöhung gegenüber der Selbstaktualisierungstendenz macht sich dann geltend, wenn beide Tendenzen in Gegensatz geraten: der Organismus reagiert dann hinter dem Rücken des bewußt handelnden und erlebenden Subjektes mit Leugnung von Erfahrungen vor dem Bewußtsein und/oder mit Verzerrung von Erfahrungen - beides verbunden mit Erlebensqualitäten, die wiederum auf den Organismus bezogen sind: weil dieser bedroht ist, erlebt das Subjekt Angst und Unsicherheit. Umgekehrt macht sich der Organismus bei Deckung zwischen organismischer Erfahrung und Selbst-Erfahrung geltend durch das Gefühl der unerschütterlichen Sicherheit und Ausgeglichenheit (vgl. Rogers 1981, S. 418 ff.; Rogers 1959, S. 222 ff.; Bommert 1982, S. 31 f., sowie Minsel 1979, S. 20).

Dem Bezug jeder konkreten Erfahrung auf die organismische Tendenz entspricht die Charakterisierung des 'persönlichen inneren Erlebens' bzw. der 'wesentlichen Erlebensgehalte' als ein primär emotional-affektives Erleben. Rationale Urteile und kognitive Prozesse erhalten so per se die Position von eher abgeleiteten Funktionen: zum einen sind sie bestimmt durch ihre Funktionalität für die Tendenz des Organismus: sie sollen diese so befriedigen, daß es in Übereinstimmung mit dem Selbstkonzept steht (vgl. Rogers 1973a), S. 508, Rogers 1981, S. 422). Zum anderen sind sie selbst in wesentlichen Aspekten - z.B. realistisch-offen versus verleugnend-verzerrend - bestimmt durch die emotional-affektiven Erfahrungen der organismischen Tendenz - bzw. durch ihr Verhältnis zu dieser (vgl. Bommert 1982, S. 45)³⁾.

G e n d l i n formuliert keine eigenen Kategorien für motivationale Grundbestrebungen des Menschen im genetischen Sinne. Sein theoretisch-

philosophisches System bewegt sich primär im Jetzt-Erleben, in der je gegebenen Erfahrung des Individuums. Die Affinität seiner fortführenden theoretischen Konzeptionen zu jenen Rogers' zeigt sich unter anderem auch darin, daß Rogers' allgemeine Ausführungen zur E n t w i c k l u n g des Subjektes und zur G e n e s e des Selbst-Erlebens bei Gendlin an für sich unterstellt sind. Sie bilden die Basis für seine eigene Formulierung der g e g e n w ä r t i g e n E x i s t e n z des Selbst (vgl. Gendlin 1974, S. 212, Gendlin 1979, 1980, 1982, Wiltshko u. Köhne 1981, S. 3 - 17; vgl. auch Juchli/Köhne/Wild-Missong/Wiltshko 1983, S. 85/86).⁴⁾

Gendlin knüpft damit an der von Rogers zugrundegelegten Priorität emotional-organismischer Qualitäten und Funktionen an und geht darin insofern noch weiter, als er den K ö r p e r unmittelbar zum S u b j e k t von Erleben, Gedanken usw. erklärt. Während Rogers die emotional-affektive Qualität von Erleben, Wahrnehmen usw. als R e s u l t a t des Wirkens der organischen Kräfte betont, fällt für Gendlin Erleben - das Gefühl u n d dessen äußerer Bezug - unmittelbar zusammen mit der Reaktion des Körpers darauf: sein Grundbegriff "body-sense" ("bodily sensed meaning") (Gendlin 1974, S. 227; 1970 S. 562) ist konzipiert als die gegenwärtige Einheit aller subjektiven Funktionen und Ereignisse im k ö r p e r l i c h e n G e s p ü r - dem "unclear this". Das Körpererleben gilt unmittelbar als das Zentrum aller subjektiven Äußerungen und aller Bezugsobjekte (vgl. dazu die passageweisen Übersetzungen aus Gendlin 1979, 1980, in Wiltshko und Köhne 1981, S. 11, sowie Gendlins Interview in Breuer u. Ketzer 1979, S. 53 ff.).

Die kognitions- und informationstheoretischen Ansätze (in erster Linie repräsentiert durch Wexler (1974 a, b) und Anderson (1974)) postulieren - jenseits etwaiger Differenzen in den Nuancen und Details der jeweiligen Fortführungen - ebenfalls ein universales Grundmotiv des Organismus als be-

stimmende Kraft der Subjektentwicklung, welches den jeweiligen konkreten Handlungen und Bezügen des Individuums zugrunde liegt: das Grundbedürfnis des Subjektes nach Stimulierung, d.h. nach Aufnahme bzw. Kreation, Verarbeitung und Organisation von Information (vgl. Anderson 1974, S. 40 f.; Wexler 1974, S. 66 und S. 77 f. u.a.).⁵

Alle anderen Bedürfnisse sind diesem Grundstreben subsumiert. Sie erlangen nur insofern und in dem Maße Geltung, wie sie dem kognitiven Motiv zur Informationsverarbeitung Befriedigung verschaffen.

Im Gegensatz zu den Konzepten Rogers' und Gendlins, welche kognitive, auf die Umwelt bezogene Funktionen des Subjektes als bloß f u n k t i o n a l f ü r die emotional-affektive organismische Selbsterhaltung formulieren, bzw. als potentielle Widersacher der organismischen Tendenz aufgreifen, sind bei den kognitiven Ansätzen die Strebungen des Organismus selbst i d e n t i s c h m i t dem Gebrauch der kognitiven, informationsverarbeitenden (problemlösenden) Funktionen: das Subjekt realisiert sich selbst in der informationsverarbeitenden Anwendung seiner kognitiven Kapazitäten und Fähigkeiten. Das Selbst ist identisch mit seiner Struktur von Regeln und Schemata der Informationsverarbeitung - wie es die Bezeichnung des Subjektes als "network" von Regeln und Schemata (Anderson 1974, S. 40/41; Wexler 1974 , S. 78/82) veranschaulichen soll. Körperliche Bedürfnisse sind Resultat bzw. bloßer Ausdruck bestimmter Qualitäten der Verarbeitung von Informationen, der Lösung von Problemen, der Wahrnehmung und des Urteilens.

Das Verhältnis von emotional-affektivem Erleben und körperlich-organismischen Bedürfnissen zu den kognitiven, Stimulierungsverarbeitenden Subjektfunktionen wird im Prinzip also genau umgekehrt bestimmt, im Vergleich zur Auffassung Rogers' und Gendlins.

Der stark lerntheoretisch beeinflusste k o n f l i k t -
t h e o r e t i s c h e Ansatz, im wesentlichen begründet
durch Martin (1972/1975) und Perrez (1975, S. 86 - 97, 1976)
u.a.⁶⁾, sowie die Neuformulierung der klient-zentrierten
Konzepte in I n t e r a k t i o n s b e g r i f f e n nach
van Kessel (1976) und Tscheulin (1975)⁷⁾ schließen keine
Konzeption der menschlichen Grundmotivation bzw. der allge-
meinen Subjektentwicklung im eigentlichen Sinne ein. Ihre
Aussagen konzentrieren sich auf die Interpretation spezifi-
scher Momente und Wirkungen der klientenzentrierten Inter-
aktion in den Begriffen der dem theoretischen Ansatz ent-
sprechenden alternativen Konstrukte.

Insofern beide Ansätze jedoch kognitive Umstrukturierungs-
prozesse - Konflikt- und Problemlösen, Diskriminationsler-
nen, Umbewertung usw. - im Rahmen der klientenzentrierten
Interaktion in den Vordergrund stellen, sind sie auf einer
allgemeineren und abstrakteren Ebene durchaus dem kogniti-
ven informationstheoretischen Ansatz subsumierbar. Dessen
Konzeption der menschlichen Grundmotive und der allgemei-
nen Subjektentfaltung als Aufbau kognitiver Regeln und Struk-
turen ist als allgemeine theoretische Folie der jeweiligen
Spezifikation in bezug auf Konfliktsituationen und Inter-
aktionsprobleme verstehbar (vgl. Bommert 1982, S. 47).⁸⁾ In
gewisser Weise ist also das Verhältnis des kognitiven in-
formationstheoretischen Ansatzes zu den weiteren alternati-
ven Ansätzen vergleichbar mit dem Verhältnis von Rogers und
Gendlin.

I.2.2. Die Grundauffassungen der idealen und der gestörten Subjektentfaltung

Die ideale und die gestörte Subjektentfaltung bilden in den theoretischen Ansätzen insofern eine Einheit, als sie sich beide auf eine Grundgesetzmäßigkeit beziehen, in dessen reale Entfaltung mehr oder weniger Störungen treten. Das völlige Fehlen von Störungen stellt somit ein *I d e a l* dar, während Fehlanpassung und Leiden durch ein *Z u v i e l* an störenden Einflüssen begründet wird. Ausgehend von dieser Gemeinsamkeit unterscheiden sich die verschiedenen Ansätze in der jeweiligen Charakterisierung der allgemeinen Gesetzmäßigkeit.

R o g e r s formuliert das Ideal im Sinne seiner Konzeption als "voll funktionierende Person" ("fully functioning person"), die es real nur annäherungsweise geben kann (vgl. Rogers 1959, S. 209/210; 1969 a), S. 288). In dieser Idealperson herrscht die völlige Übereinstimmung zwischen der organismischen Tendenz bzw. den Erfahrungen des Organismus einerseits und den von der Selbststruktur zugelassenen Erfahrungen andererseits. Die Idealperson erlebt alle organismischen Erfahrungen - Gefühle, Gefühlsbedeutungen, Affekte, organismische Bedürfnisse - und integriert sie in das Selbst. Sie vertraut auf ihren Organismus und läßt sich in ihren rationalen Funktionen von dessen Botschaften leiten. Unter diesen Bedingungen stellt sich quasi automatisch auch ein adäquater Umgang mit äußeren Bedingungen her (vgl. Rogers' 19 Thesen seiner Persönlichkeitstheorie, 1973a/51, S. 418 - 449 bzw. deren Ausführung in formalen Sätzen in Rogers 1959, S. 222 - 231. Vgl. auch Bommert 1982, S. 28 - 40). Den mit der Bestimmung menschlicher Grundmotivation festgelegten absoluten Vorrang der organismisch-ursprünglichen Bedürfnisse und des emotional-affektiven Erlebens gegenüber

allen anderen Subjekt-Funktionen führt Rogers somit fort in bezug auf ideale bzw. fehlangepaßte Subjektentwicklung: kognitive, situationsorientierte und informationsverarbeitende Funktionen und Leistungen haben a n s i c h kein Kriterium für ihre ideale bzw. ihre fehlangepaßte Entwicklung. Ein solches Kriterium existiert nur in ihrem V e r h ä l t n i s zum organismischen Totalerleben: das Subjekt nähert sich in dem Maße dem Ideal psychischen Funktionierens, wie sich alle seine kognitiven, umweltbezogenen Funktionen öffnend und zulassend in den Dienst des organismischen Strebens bzw. Erlebens stellen. Umgekehrt nimmt es in dem Maße psychoneurotische Qualitäten an, wie es sich aufgrund von äußeren und/oder intellektuellen Einflüssen verwehrend gegen den Organismus wendet.

Gendlin trifft sich in wesentlichen Grundannahmen mit Rogers. Mit diesem übereinstimmend hat auch für Gendlin das emotional-affektive Streben des Organismus und seine Erfahrungen eine grundlegende Bedeutung gegenüber dem kognitiven Funktionieren. Er geht insofern noch weiter bzw. 'tiefer' als Rogers, als er die Erfahrungen des Organismus - bei Rogers durch emotional-affektive Erlebensqualitäten charakterisiert - explizit als sich prozeßhaft entfaltendes Körperempfinden faßt. Ein Körperempfinden, welches auch die rationalen Äußerungen des Subjektes in sich aufhebt: Es ist als körperliches 'Etwas' zugleich das Zentrum jeder Art von Problemen, jeder denkbaren subjektiven Äußerung. Psychische Gesundheit ist im Idealfall ein permanentes In-Kontakt-Sein mit dem Fluß des Körpererlebens, das uneingeschränkte Zulassen, 'Sich-leiten-lassen-von' und 'Sich-identifizieren-mit' diesem. Subjektentfaltung fällt also unmittelbar zusammen mit der Entfaltung des Körperprozesses.

Psychisches Leiden, neurotische Symptomatik und Fehlanpassung werden im Kern zurückgeführt auf Hemmungen und Barrieren wider den existentiellen Körper-Gefühlsprozeß, in dem das Subjekt sich quasi selbst hervorbringt (vgl. Wilttschko u. Köhne 1981, S. 8; Gendlin 1979, 1981).⁹⁾

Im Rahmen der k o g n i t i o n s- u n d i n f o r m a t i o n s t h e o r e t i s c h e n Interpretation fällt Subjektivität zusammen mit der Realisierung der kognitiven Funktionen des Individuums. Diese beinhalten im wesentlichen Prozesse der Selektion, Differenzierung, Organisierung und Integration externaler und internaler Informationen und Stimuli (vgl. Wexler 1974 , S. 49 ff. und 1974b) S. 47 ff.; Anderson 1974, S. 21 ff.).¹⁰⁾

Zugleich Resultat u n d Voraussetzung dieses kognitiven informationsverarbeitenden Funktionierens ist das - die Person ausmachende - individuelle 'Netzwerk' aus kognitiven Regeln und Schemata:

Je nach Art der zuvor erfahrenen Stimuli und je nach Beschaffenheit des Verarbeitungsprozesses generiert das Subjekt kognitive Regeln und Schemata sowie abstraktere Querverbindungen unter diesen. Dieses im Informationsverarbeitungsprozeß entfaltete Repertoire an kognitiven Strukturen wiederum determiniert die jeweils individuelle Anpassung des Subjektes, das ist seine spezifische Art - in bezug auf Qualität und Umfang - der Verarbeitung von Informationen in einer gegebenen Situation.

Fehlanpassung ist demnach eine Frage der Anzahl, Differenziertheit, Flexibilität und Organisation der im Subjekt vorhandenen Informationsverarbeitungsstrukturen. Das über die Strukturqualität entscheidende Kriterium ist die Angemessenheit des Resultates kognitiven Funktionierens im Verhältnis zu den Erfordernissen der äußeren Informationen und zum Bedürfnis des Organismus nach Organisation. Neurotisches Leiden des Subjektes wird begründet durch entsprechende Mängel an Qualität und Quantität seiner informationsverarbeitenden Strukturen: sind diese zu wenig untereinander zu Schemata auf höherer Ebene verbunden, leidet das Subjekt an unorganisierten, unintegrierten Informationen, welche Angst hervorbringen; oder es fehlen Verarbeitungsregeln, so daß das Subjekt an zu wenig Informationen bzw. Bedeutungen leidet. (vgl. Wexler 1974 , S. 65, 67, 75, 82; Anderson 1974, S. 38 f., sowie Zimring 1974, S. 125 f.).

Auch in bezug auf eine ideale bzw. neurotische Subjektentwicklung kommt also - im Gegensatz zu Rogers' und Gendlins Konzepten - den kognitiven, auf die Verarbeitung von Situationen und Problemen gerichteten Funktionen absolute Priorität zu. Ihre Qualität fällt unmittelbar damit zusammen, ob die Anpassung gelingt oder ob psychisches Leiden resultiert. Bedürfnisse und Emotionen - ebenso wie die wahrgenommenen Merkmale der äußeren Situation - sind bloß abgeleitete Artefakte der kognitiven Strukturiertheit des Subjektes. Die Anzahl und die Qualität der kognitiven Regeln und Schemata ist für Qualität und Ausmaß innerer und äußerer Erfahrungssachen verantwortlich.

Während Rogers und Gendlin die Qualität und Quantität kognitiver Funktionen aus der Stellung des Individuums gegenüber seinen körperlich-organismischen Erfahrungen ableiten - daraus, ob sich Kongruenz herstellt oder nicht -, postuliert der kognitionstheoretische Ansatz umgekehrt die Abhängigkeit der - mehr oder weniger gelungenen - Harmonie des Subjektes mit seinem Gefühlshaushalt von der Effektivität seiner kognitiven Funktionen und Voraussetzungen.

Der k o n f l i k t t h e o r e t i s c h e Ansatz und die Interpretation der GPT in I n t e r a k t i o n s begriffen treffen sich mit dem kognitionstheoretischen Konzept insofern, als auch sie die aus vergangenen Erfahrungen abgeleiteten kognitiven Strukturen und Schemata des Subjektes als entscheidendes Kriterium für psychische Stabilität bzw. für neurotisches Leiden identifizieren.

So beruft sich van Kessels (1976) Beschreibung des klientenzentrierten Prozesses in Interaktionsbegriffen auf den "Double-bind"-Ansatz der 'Palo-Alto-Gruppe'.¹¹⁾ Dieser Ansatz begründet die aktuellen Beziehungsprobleme des Subjektes und sein Leiden daran aus den jeweiligen kognitiven Regeln und Schemata, die sich im Laufe der Interaktions- erfahrung herausgebildet haben (Kessel, van, 1976, S. 142 ff.;

er bezieht sich auf Haley 1969, Laing 1972, Watzlawik 1969 u.a.; vgl. auch Tscheulin 1975 S. 98 f.).

Die Begründung von Subjektivität - der idealen und der neurotischen - in Begriffen des konflikttheoretischen Ansatzes führt das Ausmaß und die Qualität subjektiven Leidens ebenfalls auf die im Individuum vorfindlichen kognitiven Strukturen zurück: Regeln und Schemata über Kontingenzen von Reizen, Reaktionen und Konsequenzen, die sich im Laufe der Erfahrungen herausgebildet haben, bestimmen sowohl, welche Situationen wann als Annäherungssituation, als Vermeidungssituation und/oder als Konflikt zwischen beiden erlebt wird. Und sie bestimmen auch die je individuelle Reaktion des Subjektes auf die wahrgenommenen Charakteristiken der Situation (vgl. Martin 1975/1972; vgl. auch Perrez 1975, S. 86 ff.).

Die konflikt- und interaktionstheoretischen Ansätze treffen sich also insofern mit den kognitionstheoretischen Bestimmungen, als sie Erleben und Verhalten durch gespeicherte kognitive Regeln und Strukturen begründen. Sie bilden die Voraussetzungen der jeweils individuellen Art und Weise der Informationsverarbeitung bzw. der Konfliktbewältigung. Emotional-affektive Erlebensqualitäten sind auch für sie in erster Linie ein **P r o d u k t** des jeweiligen Funktionierens der problemlösenden, informationsverarbeitenden Fähigkeiten. Im Prinzip unterscheiden sie sich vom kognitionstheoretischen Ansatz lediglich durch eine gewisse Spezifizierung auf die psychotherapeutisch relevanten Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen und/oder auf internal motivierte Konflikte.

Dieser Spezifizierung des Gegenstandsbereiches entspricht auch der, im Vergleich zum kognitionstheoretischen Ansatz, andere Stellenwert ihrer Theorien: sie formulieren weniger eine allgemeine Theorie der Persönlichkeit und der Subjektentwicklung, sondern eher ein Modell zur Interpretation psychoneurotischer Phänomene bzw. psychotherapeutischer Vorgänge

und Wirkungen. In gewisser Weise unterstellen sie dabei die allgemeinen kognitionstheoretischen Konzepte als grundlegende theoretische Basis.

I.2.3. Die Grundauffassungen der klientenzentrierten Interaktion und ihrer Wirksamkeit

Allen Ansätzen gemeinsam ist das Selbstverständnis in bezug auf den interpretierten Gegenstand: die klientenzentrierte Praxis, definiert durch die drei therapeutischen Grundvariablen. Vor der Untersuchung der unterschiedlichen Auffassungen sollen daher die klientenzentrierten Therapeutenvariablen als Grenzbereich für die jeweiligen Differenzen festgehalten werden. Sie definieren die klientenzentrierte GPT als relativ geschlossene Therapiemethode in Abgrenzung zu anderen Therapie-Techniken und beschreiben die praktischen Rahmenbedingungen, auf deren Prinzipien sich auch die von Rogers abweichenden theoretischen Interpretationsansätze berufen und verpflichten (vgl. Gendlin 1974, S. 212 und Gendlin 1980 in Wiltshko u. Köhne 1981, S. 11; vgl. auch Anderson 1974, S. 28/33; Wexler 1974, S. 49):

1. Die empathische Reaktion, die Nachvollzug und Verbalisierung der Erlebensgehalte des Klienten durch den Therapeuten einschließt
2. Das unbedingte Akzeptieren aller subjektiven Äußerungen des Klienten
3. Echtheit und Kongruenz des Therapeuten (vgl. Rogers 1957, S. 95 - 103; 1959, S. 222; 1981, S. 403 ff.)

Diese allgemeinen Bestimmungen der therapeutischen Praxis beinhalten letztlich eher die Skizzierung von Grenzen und Grundhaltungen, an die der klient-zentrierte Therapeut sich halten sollte (vgl. u.a. Minzel 1979 a), S. 243; Pavel 1983, S. 10/11). Deren konkrete Ausgestaltung gibt persönlichen

Tendenzen und Bedürfnissen Spielraum bzw. teilweise fordern sie die 'Intuition' des Therapeuten.

Ausgehend von den prinzipiellen, verbindlichen Grundbedingungen der klientenzentrierten Interaktion unterscheiden sich die verschiedenen Ansätze in den Schwerpunktsetzungen und Interpretationen:

R o g e r s erlebt und schildert die klientenzentrierte Interaktion auf Basis der drei therapeutischen Grundvariablen in erster Linie als tiefe, helfende zwischenmenschliche Gefühlsbeziehung: durch emotionale Zuwendung, aktives Einfühlen in die innere Welt des Klienten und unbedingtes Akzeptieren jeder ihrer Bedeutungen ermöglicht der klientenzentrierte Therapeut, daß der Klient ohne Abwehr und Verteidigung mit seinen Gefühlen - den Botschaften des Organismus - in Kontakt kommen, sie entfalten und annehmen kann.

Die 'innere Welt' des Klienten ist für Rogers vorwiegend eine Welt der Gefühle und gefühlten Bedeutungen, die der Therapeut einfühlsam nachvollziehen soll. Die Selbstexploration des Klienten kennzeichnet er als den Prozeß, in dessen Verlauf der Klient den Zustand der Entfremdung bzw. Abwehr seiner inneren Gefühlswelt verläßt und in den Zustand der Nähe und des tiefen Kontaktes zu seinen organismisch-emotionalen Erfahrungen gelangt.

Die Verbalisierungen des klientenzentrierten Therapeuten werden von Rogers als Indikator für das empathische Verstehen verstanden und sind deshalb ausschließlich f u n k t i o n a l in ihrer Vermittlerfunktion für die Haltungsveränderung konzipiert: sie sind erforderlich für die Mitteilung der Wärme, Zuneigung und des unbedingt akzeptierenden Verständnisses des Therapeuten an den Klienten (vgl. Rogers 1957, S. 97 f.; 1976a), S. 35 f.; 1981, S. 34 f.; 1982, S. 75/76).¹²⁾

G e n d l i n gibt eine Darstellung der klientenzentrierten Interaktion in Begriffen des "listening" und "saying back", die den Beschreibungen Rogers' sehr nahe kommt (vgl. Gend-

lin 1979, 1980, übersetzt in Wiltshko u. Köhne 1981, S. 11 - 13). Er geht jedoch in seiner Betonung des emotionalen Charakters der Beziehung und der Erlebensinhalte noch einen Schritt weiter als Rogers, insofern er die 'emotionalen Erlebensgehalte' mit körperlichem prozeßhaftem Empfinden identifiziert. Dieses stellt er in den Mittelpunkt des klientenzentrierten Verstehens. Sein 'Listening' beinhaltet unmittelbar das in 'Kontakt-kommen' mit den organismisch-emotionalen Erfahrungen. Es impliziert - für den Therapeuten und den Klienten gleichermaßen - ein Hineingehen und sich Bewegen im Fluß des - zunächst unfaßlichen und grenzenlosen - Körpererlebensprozesses (das "unclear this" u.ä.). Das Verstehen des Therapeuten ist ein Miterleben mit dem, was im Klienten in Fluß gerät; ein 'Miteinsteigen' in die 'Tiefen' des Körperempfindens.

Die verbalisierende Reaktion des klientenzentrierten Therapeuten wird von Gendlin ebenfalls funktional gefaßt, als Vermittler des Körperprozesses: Erleben und Symbolisieren des Körperempfindens sollen dieses aus dem 'unclear this' in Fluß bringen und so seine Bedeutung herstellen (vgl. Gendlin 1970, S. 562; 1974, S. 227; vgl. auch Bommert 1982, S. 60 u. Pavel 1975, S. 36).

Der k o g n i t i v e, informationstheoretische Ansatz der klientenzentrierten Praxis ist, seinen theoretischen Konzepten entsprechend, in gewisser Weise das Gegenstück zu Rogers' und Gendlins Auffassung der Prozesse und Wirkungen, die durch die therapeutischen Grundvariablen initiiert werden. Zwar geht es auch dieser alternativen Auffassung um die 'innere Welt' des Klienten und ihre Bedeutungen. Diese Welt ist jedoch primär eine der kognitiven Funktionen, Strukturen und Schemata, die sich in der Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Informationen - die Umwelt, Probleme, Beziehungen usw. - entfalten. Gefühle spielen dabei keine besondere Rolle. Sie sind - wie vieles andere - eine mögliche Informations-Quelle. Sie enthalten zu verarbeitende Informationen

und sind zugleich das Produkt der informationsverarbeitenden Prozesse. In Art und Ausmaß sind sie somit von den jeweiligen kognitiven Strukturen bestimmt.

Die klientenzentrierte Interaktion wird als gemeinsames Bemühen des Therapeuten und des Klienten verstanden, die dem Leiden zugrundeliegende defizitäre Art und Weise der Verarbeitung von Informationen zu effektivieren und so die Lösung von Problemen zu ermöglichen.

A n d e r s o n betont dabei die s e l e k t i v e Funktion der Therapeuten-Verbalisierung, die die Aufmerksamkeit des Klienten auf spezifische problematische Informationen lenkt (Anderson 1974, S. 42). W e x l e r hebt die besseren kognitiven Qualitäten der Verbalisierung des Therapeuten - mehr Differenzierung, Integration, Organisation, Lebendigkeit u.ä. - im Verhältnis zur Informationsverarbeitung des Klienten hervor (Wexler 1974 , S. 97 f.). Ähnlich bezieht sich R i c e auf die andere, adäquatere Verarbeitung von Informationen in der verbalisierenden Wiedergabe der Klientenäußerung durch den Therapeuten. Darüber hinaus soll die Verbalisierung des Therapeuten aufgrund spezifischer sprachlicher Merkmale - konkrete, bildhafte lebendige Wortwahl u.ä. - in ihrer "evozierenden Funktion" den Klienten zur Hervorbringung neuer Informationen anregen (Rice 1974, S. 296) - eine Funktion, die auch von Wexler (1974, S. 100/101) u.a. hervorgehoben wird.¹³⁾

Den im Vergleich zu Rogers und Gendlin teilweise entgegengesetzten Schwerpunktsetzungen der kognitionstheoretischen Interpretation entsprechend, findet eine Reversion des funktionalen Zusammenhanges der drei therapeutischen Grundvariablen statt: War für Rogers und Gendlin die verbalisierende Reaktion des Therapeuten bloßer Vermittler der emotionalen H a l t u n g e n - Wärme, unbedingt akzeptierendes Verständnis und Kongruenz des klientenzentrierten Therapeuten, so rückt für die kognitions- und informationstheoretische

Interpretation die V e r h a l t e n sdimension des Verbalisierens in den Vordergrund: Merkmale - vor allem sprachformaler Art - der Verbalisierung des Therapeuten sind d i e 'Materialisierung' seiner effektiveren Informationsverarbeitung und damit d e r Träger therapeutischer Wirkungen. Die Haltungsdimensionen treten im Vergleich dazu als bloß unspezifische Bedingungen einer guten Klient-Therapeut-Grundbeziehung in den Hintergrund.

Das E i n f ü h l e n spielt also eine - bis zur Vernachlässigbarkeit - nachgeordnete Rolle gegenüber dem kognitiven Bemühen des Therapeuten, die 'Welt' der informationsverarbeitenden Regeln, Strukturen und Prozesse des Klienten zu verstehen und durch seine Verbalisierung zu effektivieren.

Diese Betonung der klientenzentrierten Interaktion in ihrer Funktionalität für die Fähigkeiten des Klienten im Umgang mit Informationen, Problemen und Konflikten ist auch den konflikt- und interaktionstheoretischen alternativen Konzepten gemeinsam: als Diskriminationslernen, Veränderung der kognitiven Interaktionsregeln, Effektivierung des kognitiven Zugangs zu und Umgangs mit internal motivierten Konflikten usw.

So beinhaltet z.B. die interaktionistische Interpretation klientenzentrierter Interaktion als "paradox of beneficial ordeal" - also als eine verbale Interaktion, die den Klienten in eine neue Beziehungsinterpretation zwingt, (vgl. van Kessel 1976, S. 145; Tscheulin 1975, S. 98 ff.)-letztlich eine Spezifizierung der allgemeineren kognitionstheoretischen Interpretation (kognitive Umstrukturierung) auf zwischenmenschliche Interaktionssituationen.

Ähnlich lassen sich die lerntheoretisch orientierten konflikttheoretischen Konzepte auf einer allgemeineren Ebene in die kognitionstheoretischen Konzepte aufnehmen: als Eingrenzung der sehr allgemein gehaltenen kognitionstheoretischen Konzepte auf bestimmte - für den Klienten mit Problemen und Konflikten behaftete - Situationen.

I.2.4. Zusammenfassung der Kontrapositionen im Hinblick auf Polarisierungen in der klientzentrierten Praxis

Aus der verglichenen Analyse der inhaltlichen Bestimmungen der verschiedenen theoretischen Ansätze zeichnet sich eine Art **P o l a r i s i e r u n g** in zwei Strömungen ab: Zwischen der Position Rogers' und Gendlins auf der einen Seite und den alternativen, kognitiv orientierten Ansätzen auf der anderen Seite bestehen deutliche Kontraste, während innerhalb der jeweiligen Position in wesentlichen Punkten Übereinstimmung herrscht:

- o Gendlin deckt sich in wesentlichen Grundprämissen mit Rogers' Formulierungen: er führt dessen emotionale Zentrierung weiter mit der Konzentration auf den Prozeß des emotionalen Körpererlebens.¹⁴⁾
- o Die verschiedenen alternativen Ansätze treffen sich in der gemeinsamen Betonung der kognitiven, informationsverarbeitenden, problemlösenden Prozesse und Fähigkeiten bzw. in der Bedeutung der kognitiven, lernbedingten Regeln und Strukturen für alle Momente des subjektiven Erlebens. Strenggenommen läßt sich der kognitions- und informations-theoretische Ansatz als allgemeine, umfassende Grundlagen-theorie der Subjektentfaltung den spezifischeren konflikt- und interaktionstheoretischen Konzepten zugrunde legen. Umgekehrt kann der konflikttheoretische Ansatz und die Interpretation in Interaktionsbegriffen als Spezifizierung der kognitionstheoretischen Bestimmungen auf bestimmt Informationsbereiche - wie internale Konflikte, gestörte Interaktionen usw. - verstanden werden.

Diese Argumente - das affine Verhältnis der Vertreter der jeweiligen Orientierung untereinander und das konträre Verhältnis zwischen den beiden Positionen - rechtfertigen den Schluß auf zwei tendenziell entgegengesetzte Strömungen in der Ausgestaltung der klientzentrierten Grundbedingungen, die der jeweiligen theoretischen Orientierung zugrunde liegen:

Die theoretischen Formulierungen Rogers' und ihre Fortführung durch Gendlin verweisen auf eine intuitive praktische Realisierung der klientenzentrierten Grundvariablen, die sehr stark emotional, nach innen orientiert ist. Dieses Vorgehen wird vom Therapeuten selbst als vorwiegend gefühlsmäßiges Nachvollziehen der emotionalen Erlebensgehalte des Klienten - Gefühle und ihre Bedeutungen, bis hin zu Körpersensationen - erlebt.

Kognitive, problemorientierte Momente werden tendenziell eher störend empfunden und als 'Intellektualisieren' gewertet, das es zu überwinden gilt.

Die kognitionstheoretischen Begriffe und Formulierungen ebenso, wie die weiteren alternativen Interpretationen klientenzentrierter Interaktion sind mit einer solchen emotional - gefühlstiefenden Ausgestaltung der GPT-Grundbedingungen kaum in Einklang zu bringen. Vielmehr verweisen sie auf eine Tendenz der persönlichen Realisierung der klientenzentrierten Grundvariablen, die jener in gewisser Weise entgegengerichtet ist: sie ist stärker nach außen, auf die Probleme des Klienten und seine Art und Weise der Problembewältigung bezogen. Der Therapeut erlebt seinen Beitrag zur Heilung des Klienten nicht in erster Linie in der einführenden, zuwendenden, akzeptierenden Haltung. Für ihn stehen seine verbalen Äußerungen im Vordergrund und seine kognitiven Leistungen für die Probleme des Klienten und ihre kognitive Bewältigung. Der Aspekt des Umganges mit und der kognitiven Einstellung zu Konflikten, Interaktionsproblemen und anderen belastenden 'Informationen' tritt also in bezug auf die therapeutische Interaktion selbst und in bezug auf die außertherapeutische problematische Situation des Klienten in den Vordergrund. Dabei werden jedoch die verbale Ebene der Interaktion und die klientenzentrierten Grundbedingungen an keiner Stelle verlassen.

o Diese aus den Begriffen und Konstrukten der theoretischen Ansätze inhaltlich herausgearbeiteten Pole: 'emotional-gefühlsvertiefend' versus 'kognitiv-problemlorientiert' enthalten aufgrund der den Konzepten selbst eigenen Grenzen lediglich anmutungsmäßige Hinweise auf Orientierungen und allgemeine Haltungspräferenzen des jeweiligen GP-Therapeuten. Die jeweils gegenüberstehenden Konzepte zeugen von tendenziell entgegengesetzten praktischen Strömungen bzw. von Erfahrungen der therapeutischen Interaktion, die sich teilweise gegenseitig ausschließen. Sie sind jedoch nicht notwendig mit bestimmten konkreten Vorgehensweisen verbunden. Die polarisierende Aufteilung der klientenzentrierten Praxis in zwei grundlegende Tendenzen kann von daher den Anschein erwecken, neben der realen Praxis zu stehen.

D a ß es jedoch - jenseits weiterer individueller Differenzierungen bzw. diesen zugrundeliegend - die extrahierten polaren Strömungen als Pole einer klientenzentrierten Interventions t e n d e n z gibt, kommt nicht zuletzt in der aktuellen Diskussion innerhalb der GwG zur Geltung, die als Kontroverse um die klientenzentrierte Interaktion, ihre theoretische Interpretation und empirische Absicherung geführt wird.

In ihr findet sich die aus den Grundtheorien gewonnene Polarisierung in eine gefühlszentrierte und eine kognitiv orientierte Tendenz wieder, welche die kontroversen theoretischen Positionen und die jeweiligen Aussagen zur klientenzentrierten Praxis bestimmt.

Anmerkungen I.2.

- 1) In ihrem Buch zum "Verändern durch Verstehen" (1979) stellen sowohl die Ausführungen zur therapeutischen Empathie, Kongrenz und unbedingte Wertschätzung, als auch die Bestimmung der Selbstexploration als Selbstempathie, als auch ihre Ausführung der Gefühle als Gefühlsbedeutungen im Gehalt eine begriffliche Explikation und beispielhafte Veranschaulichung der entsprechenden Aussagen von Rogers dar. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erlangen die Argumente Biermann Ratjen et al's Bedeutung für die an Abschnitt I.2. anschließende Diskussion aktueller Beiträge und für die Auseinandersetzung im Zusammenhang mit der Ableitung eines eigenen Modelles klientenzentrierter Interaktion (Vgl. auch Biermann-Ratjen et al 1980 a, b 1981).
- 2) Rogers formalisiert an angegebener Stelle seine allgemeinphilosophischen Bestimmungen in Thesen der Persönlichkeitsentwicklung. Sie sind an angegebener Stelle von Bommert und Minsel vollständig wiedergegeben; beide Autoren bringen eine knappe - und doch genügend ausführliche - Darstellung aller Bestandteile des theoretischen Werkes Rogers.
- 3) Bommert vermerkt an angegebener Stelle die Priorität des emotional/organismischen Momentes bei Rogers, und hält diesem Postulat Erfahrungen entgegen, die auf Gegenteiliges verweisen.
- 4) Aufschlußreich in Bezug auf Gendlin's Denkweise ist sein Interview mit Breuer, K.P./Ketzer, G. im GwG-Info 36, 1979, S. 53-59, sowie die Beiträge von Wiltshko, J./Köhne, F. im GwG-Info 43, 1981, S. 3-17, welche passagenweise wörtliche Übersetzungen aus jüngeren Veröffentlichungen Gendlin's enthalten: aus Gendlin, E.T. (1979/1980), über die praktische Entwicklung des Gendlin'schen Ansatzes in der BRD informiert der Beitrag von Juchli et al (1983) zum International Focusing Network-Büro in München. Juchli et al (1983) zählen das Focusing bzw. die Gendlin'sche Therapiepraxis zur "personenorientierten" Therapie; "weil sie sich historisch aus ... der klientenzentrierten Psychotherapie entwickelt hat ... vollständig im Rahmen dieser Therapie bewegt und nirgends zu diesem Rahmen in Widerspruch steht" (S. 85).
- 5) Anderson beruft sich bei ihren Ausführungen auf Grundprämissen der kognitiven Psychologie - u.a. auf Gibson's Werk "The senses considered as conceptual Systems" (1966). Wexler (1974) spricht diesbezüglich vom "basic need for experience and change" (a.a.O., S. 66) bzw. "for organisation and integration" (ebenda, S. 77 f.). Ähnliche

Bestimmungen finden sich auch in Zimring's Beitrag: "Theory and practice of Client-centered Therapy", in: Wexler/Rice, 1974, S. 123 f. und bei Rice's Bestimmung der "evocative function of the psychotherapies", in: Wexler/Rice, 1974, S. 290 f.

- 6) Dieser Ansatz wurde hauptsächlich durch das Werk von Martin zur "Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß", 1975, bekannt. Er geht zurück auf das Konfliktmodell von Dollard, J./Miller (1950), und verbindet dieses mit der GPT-Spezifität. Siehe dazu auch Bommert, H., 1982, S. 49/50, und Perrez Beitrag zur "GPT als Therapy internal motivierter Konflikte" (1975, S. 86-97) sowie König's Überlegungen zur "Verbesserung der Problemlofefähigkeit durch gesprächspsychother. Reduktion internal motivierter Konflikte" (1976).
- 7) Siehe Kessel's "Abriß einer Beschreibung des therapeutischen Prozesses in Interaktionsbegriffen" (1975). Der interaktionstheoret. Ansatz überträgt die von der Palo Alto Gruppe um Laing, R. et al propagierten Kommunikations- und Interaktionsgesetze auf die klientenzentrierte Beziehung. Siehe dazu auch Tscheulin, zur "GPT als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozeß" (1975, S. 98 ff.).
- 8) Bommert faßt a.a.O. unter "kognitive Ansätze" sowohl die Lern- und Konfliktmodelle, als auch die "kognitionspsychologischen Ansätze" im Sinne Wexler's und Anderson's. Letzere ordnet er als "umfassendere" den anderen Konzepten über.
- 9) Nach Wilttschko, W. und Köhne, F. (1981, S. 8) veranschaulicht Gendlin, E.T. (1980) die Entfaltung bzw. Behinderung des Körperprozesses mit folgenden Worten: "Alle unsere Lebenserfahrungen, alle unsere Gedanken, Wahrnehmungen und Werte, sie alle sind gegenwärtig im Körper ... Der Körper registriert nicht nur, er weist vorwärtsgerichtet auf das, was nötig ist, was geschehen sollte, was lebensfördernd ist, was der nächste Schritt sein sollte. Was ... aufsteigt, ist ... genau das, was das Voranschreiten meines Körperprozesses behindert, genau das, was meinem umfassenden Wohlbefinden im Wege steht." (Siehe auch Gendlin, E.T., 1974, S. 227, 1970, S. 562.)
- 10) Wexler und Anderson berufen sich dabei im wesentlichen auf die Wahrnehmungs- und Denkgesetze der kognitiven Psychologie, wie sie von Gibson, J.J., The senses considered as conceptual systems, New York 1966, und von Neisser, M., Cognitive Psychology, New York 1967, sowie Kagan, J., The determinants of attention in infants, in: American scientist 1970, S. 298-306, ausgeführt sind.

- 11) Palo-Alto-Gruppe ist die Bezeichnung einer Forschergruppe am Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien, die vor allem durch ihre Vertreter Laing (1972), Haley (1963) und Watzlawik, P. et al (1969) bekannt wurde.
- 12) An letztgenanntem Ort stellt Rogers seine Schwerpunktssetzungen als "Einstellungen und Orientierungen des Beraters" vor. In Rogers 1959 formuliert er sie als funktionale Theoreme zur Annäherung an das Ideal der 'fully functioning person'.
- 13) Die Rückführung der "evozierenden Funktion" der Verbäli-sierung auf derartige, eher sprachformale Merkmale der Therapeutenäußerungen findet sich auch bei Zimring, F.M., 1974, S. 119, und wird heute in Diskussionen der kognitionstheoretischen Alternative häufig angeführt - so von MinselfBente, 1979, S. 22, 23, von Phillip-Dormston, G.G., 1979, S. 26/27, sowie Bommert, H., 1982, S. 55.
- 14) Jüngere Aussagen Rogers - z.B. seine Assoziation humaner Bindungskräfte mit organismischen Kräften, die auch der Natur innewohnen - deuten darauf hin, daß er selbst in seiner Weiterentwicklung mit Gendlin in vielen Punkten trifft. Diesen Vergleich Rogers' bei seinen Vortrag in Hamburg 1981 referieren Biermann-Ratjen, E.M. et al, 1981, S. 43. Vgl. dazu auch Rogers 1982, S. 77.

I.3. Die wissenschaftliche GPT-Kontroverse im Verhältnis zur Polarisierung in der klientenzentrierten Praxis

I.3.0. Vorbemerkung

Die Auseinandersetzung innerhalb der GPT - repräsentiert in den Informationsschriften der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), in den Beiträgen auf dem Kongreß der GwG und der Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) (in Berlin 1980) und ähnlichen Diskussionsschriften - erweckt den Eindruck eines weltanschaulichen Streites. Kwiatkowski spricht von einer der Auseinandersetzung zwischen Skinner und Rogers "analoge(n) Diskussion zwischen z w e i L a g e r n i n n e r h a l b (Hervorhebung E.K.) der GwG" (Kwiatkowski 1980a) S. 64; vgl. dazu auch Schnabel 1983, S. 8)¹⁾. In diesem Urteil mit Kwiatkowski übereinstimmend kennzeichnet Minsel die innerwissenschaftliche Situation der GPT als eine, in der die Form des Streites zwischen zwei Positionen eine grundlegende Klärung behindert. Er bezieht sich dabei auf "Streitartikel im Organ der GwG (GwG-Infos), ... wobei phänomenologische existentialistische Positionen (gemeint ist das experiencing-Konzept) den empirisch wissenschaftlichen (naturwissenschaftlichen) gegenübergestellt werden" (Minsel 1979b), S. 8).

Was dabei so vehement als wissenschaftstheoretisch-methodologischer Streit ausgefochten wird, legt den Schluß nahe, daß dem Konflikt eine in praktischen Vorgehen selbst verankerte Differenzierung zugrunde liegt: denn, wenn die Divergenzen in der klientenzentrierten Praxis als theoretische Auseinandersetzung ausgetragen werden, dann wird die kompromißlose Form dieser Auseinandersetzung einsichtig. Darüber hinaus enthalten die Argumente selbst Verweise auf Grundlagen in der Praxis. So stellt Minsel

für die Seite der phänomenologischen Orientierung direkt den Bezug zur praktischen Interaktion im Sinne des Gendlin'schen experiencing-Konzeptes her, und Kwiatkowski begründet ihre Forderung nach phänomenologischer Forschungsmethode mit der Berufung auf Rogers' "Gedankengut" und seine Interpretation des klientenzentrierten Prozesses (Kwiatkowski 1980a) S. 13).

Jenseits der wissenschaftstheoretischen-methodologischen Ebene der Auseinandersetzung wird an den Inhalten der kontroversen Positionen eine enge Beziehung zur jeweiligen Stellung gegenüber den Konzepten Rogers' deutlich: Auf der einen Seite steht die Position, die uneingeschränkt Rogers' Auffassung vertritt und sich auf diese beruft. Auf der anderen Seite stehen kritisch relativierende Stellungnahmen zu den Bestimmungen Rogers', verbunden mit der Forderung nach alternativen Konzepten.

I.3.1. Die Rogers-Position im Verhältnis zur gefühl-zentrierten Praxis

Eine Seite der als Streit geführten wissenschaftlichen Auseinandersetzung verbindet in ihren Argumenten das Bekenntnis zu Rogers' theoretischen Konzepten mit Aussagen zur klientenzentrierten Praxis, die Parallelen zu der in Abschnitt I.2. herausgearbeiteten 'emotional-gefühlsvertiefenden' Tendenz enthalten. Diese Position wird im folgenden als Rogers-Position gekennzeichnet. Bei ihrer Analyse beziehe ich mich vor allem auf Tausch, Pfeiffer, Pavel, Biermann-Ratjen et al, Kwiatkowski, Auckenthaler u.a., die in die öffentliche Diskussion eingetreten sind.²⁾

Dem Selbstverständnis dieser Position gemäß haben Forschung und therapeutische Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte die theoretischen Konzepte Rogers' und seine Interpretation der klientenzentrierten Interaktion im Kerngehalt bestätigt. Gemessen an diesem Selbstverständnis verlieren

prinzipielle Einwände gegen die traditionelle Theorie und Praxis ihre Berechtigung.

So stellt Tausch seine empathische Überzeugung von der "genialen Weise", in der Rogers seine Konzepte gewonnen hat, dar und begründet daraus seine weitergehende Sicherheit, daß auch "zukünftige Forschung keine grundlegende Änderung" bringen wird (Tausch 1970, S. 410/411; vgl. auch Tausch 1980, S. 208). In Übereinstimmung mit Tausch beziehen auch Kwiatkowski (1980, S. 13), Auckenthaler (1981, S. 13), Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz (1979, S. 114) ihre Aussagen zur klientenzentrierten Interaktion, zu ihren Wirkungen auf den Klienten und zur Persönlichkeitsentwicklung allgemein aus einer intuitiven Überzeugung von der Gültigkeit der Konzepte Rogers' (vgl. auch Pavel 1983, Pfeiffer 1981, Biermann-Ratjen u. Eckert 1982).

In konsequenter Fortsetzung dieses Bekenntnisses wird zugleich an der 'empathischen Begegnung' als einer Erfahrung festgehalten, die per Definition mehr ist, als empirisch und intellektuell erfaßbar sein kann. Demnach existiert die Therapeut-Klient-Interaktion nur als subjektives Erlebensfaktum und ist nach üblicher Forschungsmethode - außerhalb der subjektiven Erfahrung des Prozesses selbst - nie zu begreifen. Davon ausgehend, werden phänomenologische Forschungsmethoden gefordert, die die Interaktionserfahrung - das subjektive Erleben des Klienten und des Therapeuten - selbst zum Kriterium der Datenerhebung und ihrer Interpretation machen.

Dem Versuch, eine solche Forschungsmethode zu skizzieren, die den Konzepten Rogers' gemäß das subjektive Erleben und Fühlen zum Maßstab der Erkenntnisgewinnung macht, hat Kwiatkowski ihr Werk "Psychotherapie als subjektiver Prozeß" (Kwiatkowski 1980a, Buchtitel) gewidmet. Auckenthaler prägte für eine derartige Forschung den Begriff: "Evaluation innerhalb" welche nach ihrer Überzeugung die "Kluft zwischen Persönlichkeitstheorie und GPT-Forschung" schließen soll (Auckenthaler 1980, S. 313). Ihre Vorstellungen decken sich

im Prinzip mit den Vorschlägen Pavels, der das Problem der Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis durch eine phänomenologische Erforschung der Praxis unter Beibehaltung der theoretischen Konzepte lösen will (vgl. Pavel 1978; 1975, S. 40/41; Pavel 1983, S. 9 - 18). Diese Auffassung stellt letztlich auch für die Auseinandersetzung zwischen Biermann-Ratjen et al und Pfeiffer (1980/81) eine gemeinsame Grundlage dar, wobei Biermann-Ratjen et al gegen die Willkür der Auslegung subjektiven Erlebens am Kern der von Rogers formulierten therapeutischen Dimension festhalten.³⁾

In bezug auf die therapeutischen Wirkungen führt das Bekenntnis zu Rogers' Konzepten dazu, daß jede Äußerung und Veränderung auf seiten des Klienten direkt als Ausdruck der organismischen Selbstaktualisierungstendenz bzw. der Inkongruenz zwischen Selbst und zugelassenen Erfahrungen interpretiert wird. Daraus resultiert eine Immunisierung der theoretischen Konzepte, so daß diese letztlich gegen Kritik unangreifbar werden.⁴⁾

In bezug auf das klientenzentrierte Therapeutenverhalten würdigt die Rogers-Position ausschließlich die emotional charakterisierten Haltungsdimensionen als positive Wirkungsträger. Das verbalisierende klientenzentrierte Gesprächsverhalten wird als - mehr oder weniger notwendiges - Übel zur Vermittlung der therapeutischen Einstellungen anerkannt und deshalb - wenn überhaupt - oft eher als Gefährdung und Entfremdung der Beziehung diskutiert (vgl. Tausch 1979, S. 50; Kwiatkowski 1980a, S. 81; Pavel 1978, S. 25/26 und Pfeiffer 1980b, S. 38 ff.).

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz fallen mit ihrer Neubestimmung des Selbstverständnisses der GPT insofern teilweise aus dieser Charakterisierung heraus, als sie die Variable 'Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte, VeE' als Indikator für Empathie des Therapeuten anerkennen und auch gegen die Überbewertung der Variablen unbedingte Wertschätzung und Kongruenz festhalten (Bier-

mann-Ratjen et al 1979, S. 17). Auch sie begreifen jedoch das Verbalisieren n u r als Indikator für den selbstempathischen Zustand innerhalb des Therapeuten und beziehen die Form der Verbalisierung an sich nicht als Wirkungsträger für den Klienten ein. Die zur Diskussion stehende emotionale Zentrierung bleibt auch bei ihrer Neubestimmung erhalten. Selbstempathie des Therapeuten und des Klienten sind stets als akzeptierende, zulassende Beziehung der Person zu ihrem Gefühlserleben und seinen Bedeutungen formuliert (vgl. Biermann-Ratjen et al 1979, S. 48, 51, 59; vgl. auch Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 37/38).

Die Leistung des Gesprächspsychotherapeuten erhält so insgesamt eine Spezifizierung, die Wiltschko recht eindrücklich veranschaulicht als "sich vom anderen berühren lassen und fühlen, spüren, danach horchen, was diese Berührung in mir bewirkt" (Wiltschko 1980, S. 2).

Der Betonung der emotionalen Qualitäten des klientenzentrierten Therapeutenverhaltens entspricht die Interpretation des therapeutisch wirksamen Veränderungsprozesses als ein 'Sich-öffnen' des Klienten gegenüber seinen emotionalen Erleben und dessen wachsende Akzeptierung. Die Definition der psychischen Stabilisierung des Klienten als "Gewinnen" von "Zugang zu ihn bestimmenden Gefühlen, vor allem solchen, die er meint, nicht zulassen zu ... dürfen" (Biermann-Ratjen, Müller, Eckert u. Schacher 1980, S. 20) ist durchaus typisch für die Rogers-Position (vgl. auch Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 37/38; Auckenthaler 1982, S. 138 - 142).

Die Beurteilung der Gefühlsempathie des Therapeuten als die wesentliche therapeutische Wirkgröße sowie die Betonung der Öffnung für emotionale Erfahrungen als d e r therapeutisch bewirkte Veränderungsprozeß auf seiten des Klienten geht häufig Hand in Hand mit einer Spezifizierung des wesentlichen Erlebens des Klienten, welche die emotionale Charak-

terisierung beibehält bzw. noch 'tiefer' geht. Tendenziell wird dabei auch der 'sichere Boden der Erfahrung' verlassen und mit verborgenen Gefühlsqualitäten spekuliert:

- o Gefühle an der 'Oberfläche' werden unterschieden von 'tieferen' Emotionen - im wesentlichen Gefühlen, die in den Äußerungen des Klienten selbst nicht unmittelbar enthalten sind. Interpretiert werden sie als Gefühle, die der Klient "abwehrt", "nicht zulässt", also irgendwie nicht wirklich erlebt. Zu ihnen soll die Empathie des Therapeuten vordringen. (Tausch 1979, S. 51)
- o Von den Gefühlsinhalten wird die Bedeutung der Gefühle abgehoben und als Ziel des empathischen Verstehens betont. 'Bedeutung' der Gefühle bezieht sich dabei weitgehend auf die "Gefühle, die Gefühle machen" (Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1979, S. 96), womit Biermann-Ratjen et al vor allem die Angst des Klienten vor seinen Gefühlen meinen, welche ihn zur Leugnung und Verzerrung der Gefühle führt und die selbstexplorierende, selbstempathische Öffnung für seine Emotionen zum "Kampf" geraten läßt (a.a.O., S. 97, 111).

Mit 'Bedeutung der Gefühle' wird also ebenfalls die tendenziell spekulative und in sich widersprüchliche Kategorie von nicht wirklich erlebten Gefühlen bemüht, die als 'eigentliche' den erfahrenen Gefühlen zugrunde liegen sollen. (Vgl. dazu auch Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 36 - 39. A.a.O. greifen die Autoren explizit auf psychoanalytische Konzepte des Unbewußten zurück).

Insgesamt ist in den angeführten Gemeinsamkeiten der Rogers-Position eine gewisse Differenzierung der global als 'gefühlszentriert' formulierten Tendenz auf drei Bereiche enthalten:

1. Die emotional charakterisierte Haltung des klientenzentrierten Therapeuten im Prozeß des empathischen Verstehens.
2. Gefühle und emotionales Erleben des Klienten als die Gehalte und Qualitäten, auf die sich die Empathie des Therapeuten

richtet, und 3. an denen sich der therapeutisch bewirkte Veränderungsprozeß seitens des Klienten vollzieht. Eigenständige, nicht durch ihre Funktion für die Gefühle definierte k o g n i t i v e Leistungen und Erlebensinhalte treten i n n e r h a l b des therapeutischen Prozesses selbst gar nicht auf - es sei denn als Störung im Sinne der Gefühlsabwehr. Praktisch gesehen beinhaltet dies eine einseitige Betonung spezifischer (emotionaler) Erlebensbereiche und Interventionsmöglichkeiten. In Verbindung mit den theoretischen Interpretationskonzepten Rogers' erhält die praktische Bevorzugung der emotionalen Erlebens- und Prozeßqualitäten den Charakter einer F e s t l e g u n g auf Gefühle als eine innere Notwendigkeit der Störung und ihrer Behandlung: Die Interpretation der therapeutischen Veränderungen in Richtung Selbstkongruenz und Selbstempathie des Klienten, die sich durch das Erleben, Symbolisieren und Akzeptieren der zuvor vom Selbst negierten Erfahrungen des Organismus herstellt, gibt den bewußten kognitiven, problem- und situationsorientierten Funktionen des Klienten im neurotischen Fall per se den Charakter des 'störenden' - verzerrenden, abwehrenden - Elementes. Die vom Selbst negierten 'inneren organismischen Erfahrungen' sind mit der Definition der Störung auf die affektiv-emotionalen Erfahrungen festgelegt: sie sind zwar nicht unbedingt explizit als körperliches Empfinden gefaßt, jedoch stets sehr eng mit diesem verbunden.

Hand in Hand mit der emotionalen Begründung der therapeutischen Wirkungen auf seiten des Klienten erhält auch die ausschließliche Betonung der emotional charakterisierten klientenzentrierten Handlungsvariablen verbunden mit der Reduzierung des Verbalisierens auf ein bloß äußerliches Merkmal, den Charakter einer notwendigen Bedingung für Selbstaktualisierung und Kongruenz. Therapeutische Interaktionen, die nicht auf die Gefühle, sondern auf die Kognitionen des Klienten zentriert sind, verbieten sich so als Konsequenz der theoretischen Definition der Störung. Sie erhalten den Cha-

rakter des 'Oberflächlichen', vom 'Eigentlichen' ablenken.

Deutlich wird dies an den Definitionen der Skalenstufen zur Erfassung der Angemessenheit der therapeutischen Reaktion: Sprechen über kognitive Inhalte und 'äußere' Sachverhalte wird in der Regel mit der 'schlechten Note' versehen (vgl. die Darstellung der Skala "VeE" nach Tausch et al 1969 und der Skala "Häufigkeit des Ansprechens von Gefühlen" nach Schwartz 1975 in Bommert 1982, S. 89 bzw. 93).⁵⁾ Anerkennung finden solche Interventionen höchstens als vorbereitende Maßnahmen zum Abbau sehr "starrer Abwehrhaltungen" gegen das eigentliche emotionale Erleben, auf das es ankommen soll (vgl. Biermann-Ratjen, Eckert, Müller u. Schacher 1980, S. 20 ff.).

Andererseits jedoch erheben die Vertreter der gefühlszentrierten Position häufig für sich selbst den Anspruch, die Therapie sei auch ein kognitiver Prozeß, der kognitive Veränderungen bewirkt. In der Regel handelt es sich dabei um eine bloße Benennung der Stellung des Subjektes zu seinem Gefühlserleben in kognitiven Begriffen. 'Kognitiv' bezieht sich also auf formale Momente, während die inhaltliche Zentrierung auf Gefühle beibehalten wird.

In diesem Sinne heben Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz vor allem die Merkmale 'Starrheit' versus 'Flexibilität' und Fließen der Stellungnahmen zu 'Bewertung von Gefühlen' als Qualitäten der kognitiven Funktionen des Klienten hervor (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 109). Als kognitive Leistungen des Therapeuten werden Momente des Wahrnehmens und Symbolisierens der Gefühlsbedeutungen im empathischen Zustand genannt, also ebenfalls Merkmale der Stellung zum Erleben, welches selbst mit emotionalem Erleben gleichgesetzt ist (vgl. dazu auch Mohazab u. Ueckert 1982, S. 36; Hübner 1982, S. 42).

Kwiatkowski deutet die Subsumtion kognitiver Momente unter emotionale Erfahrungsgehalte an, wenn sie das "In-Gang-setzen" "kognitiver und emotionaler Prozesse" auf das Ansprechen eines "w i c h -

t i g e n Gefühl(es) des Klienten" zurückführt (Kwiatkowski 1980, S. 94).

Pfeiffer betrachtet das therapeutische Auf- und Begreifen des "bedeutsamen Hauptsächlichen komplexer Gefühle" (Pfeiffer 1975, S. 76) als die Symbiose kognitiver und emotionaler Aspekte klientenzentrierter Therapie - eine Symbiose, die das Kognitive den Gefühlen subsumiert und kognitiven I n h a l t e n keine eigenständige Bedeutung zumißt.

Zum Teil werden Gefühls b e d e u t u n g e n im Sinne der Stellung des Klienten zu seinen Gefühlen als kognitive Momente angeführt. Diese Stellungnahmen zu den Gefühlen sind vielfach selbst wiederum eher emotionaler Qualität; und/oder sie gelten als Hemmnis für das Vorarbeiten zu den Gefühlen als dem Eigentlichen.

In diesem Sinne messen Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz (1979, S. 96) dem Aufgreifen der "Stellungnahmen des Klienten zu seinen Gefühlen" - vor allem bei stockender Selbstexploration - wichtige Bedeutung bei. Ihre weitere Spezifizierung der Stellungnahme erweist diese wiederum als wesentlich gefühlsmäßige Akte - "Gefühle, die er dabei (beim Kampf um Selbstaktualisierung, U.D.) hat" (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 97); "Gefühle, die die Gefühle machen" (ebd., S. 96). Darüber hinaus gilt das Aufgreifen der Stellungnahmen letztlich nur der Vorbereitung, zum "unmittelbaren Erleben der Gefühle selbst" vorzudringen (ebd., S. 96; vgl. dazu auch Mohazab/Ueckert 1982, S. 36).

Abschließend soll noch eine Gemeinsamkeit der Vertreter der emotional-orientierten Position angeführt werden, die sie im wesentlichen mit ihren kognitiv orientierten Kontrahenten teilt:

Über alle Lager hinweg herrscht fraglos Einigkeit in bezug auf die Bedeutung kognitiver Leistungen seitens des Klienten als R e s u l t a t der klientenzentrierten Behandlung: Daß die Therapie auch zur effektiveren Lösung von Problemen und zum realistischeren kontrollierteren Verhalten verhilft,

wird als unumstößliche Erfahrungstatsache festgehalten. Interpretiert wird das offensichtliche Phänomen seitens der emotional-orientierten Auffassung in der Regel als unmittelbare Folge einer erhöhten Erlebensbereitschaft, der vermehrten Akzeptierung von Emotionen und des gestärkten Vertrauens auf den Organismus und seine Erfahrungen, die sich quasi automatisch einstellt.

Ein solcher Zusammenschluß von Erlebens-Offenheit und -Akzeptierung mit effektiverem, kontrollierterem Denken und Verhalten ist bereits für Rogers charakteristisch. So führt er gleichzeitig nebeneinander als Wirkung der emotionalen Qualität der therapeutischen Beziehung an: "einen höheren Grad der Akzeptierung des Selbst und der Emotionalität" (Rogers 1981, S. 171) und "Veränderung von relativ unreifem Verhalten zu relativ reifem Verhalten" (ebd., S. 177). Nach demselben Prinzip führen auch Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz Verhaltensänderungen in Richtung auf reiferes Verhalten (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 9) direkt auf erhöhte Selbstempathie zurück, und Tausch begründet erhöhte Selbstkontrolle mit dem Zulassen von Gefühlen (vgl. auch Tausch 1979, S. 249; Lohmann 1980, S. 31/32).

Dieser unmittelbare Zusammenschluß von Gefühlsoffenheit und Selbstkontrolle ist - so selbstverständlich er auch stets gemacht wird - an sich nicht einsichtig. Seine Begründung beinhaltet letztlich eine tautologische Festsetzung: wenn per Definition die reife entfaltete Persönlichkeit durch Selbstempathie und Erlebenskongruenz gekennzeichnet ist, dann muß auch das reife - selbstkontrollierte, realistische - Verhalten und Denken Folge der Selbstempathie und Kongruenz sein.⁷⁾

Von seiten der kognitionstheoretischen Ansätze wird diese Kluft zwischen offensichtlichen Wirkungen der Therapie einerseits und den Konzepten zur Interpretation des klientenzentrierten Prozesses selbst auf der anderen Seite als ein

Argument für ihre eigene Interpretation aufgegriffen (vgl. Wexler u. Rice 1974, S. 18)⁸⁾ Ob und wie die kognitive Interpretation diese Diskrepanz aufzulösen vermag, soll die anschließende Untersuchung der Gegenposition in der GPT-Kontroverse erweisen.

I.3.2. Die Gegenposition in der GPT-Kontroverse und ihr Verhältnis zu einer kognitiv orientierten Praxis

Neben der diskutierten Rogers-Position gibt es eine Reihe von kritischen Stellungnahmen. Ihre in wesentlichen Punkten übereinstimmenden Einwände gegen die theoretischen Konzepte Rogers' gehen Hand in Hand mit kritisch-relativierenden Beurteilungen der traditionellen Praxis und der bisherigen Forschungsergebnisse. Bei der Analyse dieser Gegenposition beziehe ich mich hauptsächlich auf die Argumente von Minsel, Helm, Bommert, Howe, Zielke u.a., die vor allem zur Durchsetzung einer kritischen Beurteilung der GPT beigetragen haben.⁹⁾ Durch die verschiedenen Beiträge ziehen sich prinzipielle Gemeinsamkeiten, die das Bedürfnis nach theoretischer Neukonzipierung und eine Unzufriedenheit mit der einseitigen emotionalen Ausrichtung der traditionellen Praxis zum Ausdruck bringen. In der Tendenz verweisen sie auf die Notwendigkeit, kognitiven Faktoren und Inhalten auch innerhalb der klientenzentrierten Interaktion selbst praktische und wissenschaftliche Bedeutung zuzumessen. Gemeinsamer Ausgangspunkt dieser Position ist eine kritische Abgrenzung gegen die traditionellen theoretischen Konzepte. Im Gegensatz zu den Anhängern Rogers' stellen sie an der praktischen und wissenschaftlichen Entwicklung der GPT eine wachsende Kluft fest zwischen den traditionellen Interpretationen und Begründungen und dem, was 'wirklich passiert'. Auf konzeptioneller Ebene beruft sich die Kritik vielfach auf eher wissenschaftstheoretische und forschungsmethodologische Argumente. Die hauptsächlichsten Einwände bemängeln die geringe Überprüfbarkeit der Erklärungskonzepte, begriff-

liche Widersprüchlichkeiten, 'leere' Abstraktionen und unzulässige Verallgemeinerungen, fehlende Prognostizierbarkeit u.ä., also insgesamt den philosophisch-weltanschaulichen Charakter des Theoriegebäudes (vgl. Minzel u. Bente 1979, S. 5; Bommert 1982, S. 47; Mempel, Müller u. Zielke 1980, S. 125 u.a.).¹⁰⁾ Zugleich wird inhaltlich die einseitige Gewichtung emotionaler Aspekte kritisiert, die in Begriffen der organismischen Erfahrung impliziert ist. Als adäquater theoretischer Bezugsrahmen werden bevorzugt die kognitiven informationstheoretischen Ansätze und konflikttheoretische Modelle diskutiert.

Minzel schlägt diesbezüglich vor, die empathische Reaktion des Therapeuten in Anlehnung an Helm (1978/80) unter dem Aspekt der "Transformationsleistung" zu begreifen: als "Informationsaufnahme, Informationsverarbeitung und Informationsabgabe" (Minzel u. Bente 1979, S. 22). Grundsätzlich bezieht er sich vorwiegend auf den kognitiven informationstheoretischen Ansatz, repräsentiert durch Wexler (1974), den er als umfassendsten und differenziertesten alternativen Begründungsansatz beurteilt. Wippich (1983) bezieht sich bei seiner Charakterisierung des GP-Therapeuten als "Informationsprozeßsurregator" ebenfalls auf Wexler (1974). Bommert diskutiert als weitere Möglichkeit lerntheoretische Konzepte, die den klientenzentrierten Prozeß als Prozeß des Diskriminationslernens begreifen (Bommert 1977, S. 130). Darüber hinaus thematisiert er den lern-/konflikttheoretischen Ansatz und den informationstheoretischen Ansatz als zwei Varianten kognitiv orientierter Alternativ-Konzepte (Bommert 1982, S. 47 ff.). Mempel, Müller u. Zielke erwägen als adäquatere Interpretation das konflikttheoretische Modell, wie Martin (1975) es in Anlehnung an Dollard und Miller (1950) GPT-spezifisch formuliert hat (Mempel, Müller u. Zielke 1980, S. 125 ff.). Phillip-Dormston sowie Zielke, Seidel und Ernst greifen ebenfalls auf den kognitions-theoretischen Ansatz von Wexler (1974) zurück (Phillip-Dormston 1980, S. 143; Zielke et al 1980, S. 104). Im Rahmen ihrer Dissertation bemüht sich Phillip-Dormston, auf Basis einer primär kogni-

tionstheoretischen Auffassung auch Elemente des lerntheoretischen und des konflikttheoretischen Ansatzes in ein integriertes Modell der GPT einzubeziehen (Phillip-Dormston 1979, S. 21 ff.).¹¹⁾

Andererseits sehen sich zum Teil dieselben Autoren zugleich genötigt, auf die bisher geringe Relevanz der vorgeschlagenen alternativen Konstrukte für Praxis und Forschung und das ungelöste Problem ihrer GPT-spezifischen Konkretisierung aufmerksam zu machen. Minsels abschließendes Urteil über den - von der Tendenz her favorisierten-informations-theoretischen Ansatz enthält entsprechend auch eine gewisse Skepsis:

"... die Verknüpfung von Mechanismen und Theorien zur Informationsverarbeitung mit gesprächspsychotherapeutischen Konzepten ... Die Frage, inwieweit derartige Bemühungen erfolgreich sein können, muß derzeit unbeantwortet bleiben." (Minsel u. Bente 1979, S. 13)

Auch Bommert muß als "Nachteile" der alternativen Ansätze deren "Fehlen von empirischen Hinweisen darauf, ob GPT mit dieser Theorie kompatibel ist" (Bommert 1977, S. 53) festhalten. Darüber hinaus verweist er auf die Komplexität und Abstraktheit der Begriffe selbst, die die Operationalisierung von Variablen - und damit ihren empirischen Nachweis - erschwert. Dieses Urteil hat sich auch 1982 gegenüber 1977 kaum geändert: bei Martin (1975/72) stellt er mangelnde Integration der GPT-Grundvariablen in das Lernkonzept fest (Bommert 1982, S. 53), und die Frage, wie der Gesprächspsychotherapeut als Informationsverarbeitungseffektiverer wirkt, beurteilt er als bisher unbeantwortbar (Bommert 1982, S. 57). Ähnlich gelangt auch Howe in bezug auf die vorgeschlagenen alternativen Konzepte zum abschließenden Urteil, daß Belege für die formulierten Forschungsprobleme und Hypothesen noch ausstehen (Howe 1980, S. 28).

Daß also kritische Stellungnahmen alternative theoretische Konzepte vorschlagen, auf die prinzipielle Einwände - wie Abstraktheit, mangelnde Operationalisierbarkeit, Prüfbarkeit und Widerlegbarkeit - zutreffen, die den Einwänden gegen Rogers' Konzepte ähnlich sind, verweist auf die ausschlaggebende Bedeutung der Unzufriedenheit mit der traditionellen gefühlszentrierten P r a x i s. D.h. nicht primär die bessere Theorie ist entscheidend für die jeweils bezogene Position, sondern umgekehrt: die Kritik an der gefühlszentrierten Praxis bzw. das eigene abweichende Interaktionserleben ist die Grundlage für den Rückgriff auf alternative theoretische Konzepte.

In bezug auf die klientenzentrierte P r a x i s lehnen die Autoren übereinstimmend die einseitige Ausrichtung auf die gefühlszentrierte therapeutische Intervention ab. Anstelle der Festlegung des Gesprächspsychotherapeuten auf die einfühlenden Haltungen fordern sie die Hereinnahme kognitiver Leistungen des Therapeuten für die Effektivierung der kognitiven Fähigkeiten des Klienten; anstelle der Aufforderung an den Therapeuten, sich ganz auf das Gefühlsleben des Klienten zu konzentrieren, fordern sie die stärkere Zuwendung zu dessen Problemsituation und zu seinem Umgang mit dieser. Die von Carkhuff (1969) bereits hervorgehobene Notwendigkeit einer Analyse der verbalen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Empathieprozeß tritt für die alternative Position in den Vordergrund (Minsel u. Bente 1979, S. 22/23). Zur Fundierung auch kognitiver, situationsbezogener Inhalte des 'inneren psychischen Erlebens' des Klienten werden anstelle der klassischen Formulierung 'emotionale Erlebensgehalte' (Minsel 1981) oder 'psychische Inhalte' (Phillip-Dormston 1979, S. 29; vgl. auch Phillip-Dormston 1980 verwendet.

Bommert kritisiert sowohl die einseitige Betonung des Ein- und Mit f ü h l e n s als auch die Identifikation des psychischen Erlebens mit Gefühlen und Emotionen. Beides bedeutet nach seiner Beurteilung eine Einschränkung der

Hilfsmöglichkeiten für den Klienten (vgl. auch Zielke, Seidel u. Ernst 1980, S. 104; Phillip-Dormston 1980, S. 144; Horntal-Grewe 1979, S. 23).

In bezug auf die klientenzentrierten Therapeuten-Variablen beinhaltet die stärkere Besinnung auf kognitive Prozeß- und Erlebensaspekte eine Umgewichtung im Verhältnis der Variablen untereinander: Anstelle der ausschließlichen Betonung der emotionalen Haltungs- und Einstellungsvariablen - die Wärme, Kongruenz und unbedingte Zuwendung des Therapeuten - wird die Ä u ß e r u n g der empathischen Reaktion in den Vordergrund gerückt. Die V e r b a l i s i e r u n g gilt als kommunikative Verhaltensvariable, die an der therapeutischen Wirkung entscheidend beteiligt ist. Entsprechend wird den sprachformalen Merkmalen der Therapeutenäußerungen erhöhte Bedeutung für die Wirkung der Therapie beigemessen.

Minsel hebt diesbezüglich "direkte, prägnante Therapeutenäußerungen, ... Expressivität und Lebhaftigkeit der Formulierungen" als therapeutische Wirkmomente hervor (Minsel u. Bente 1979, S. 23).

Bommert diskutiert in Anlehnung an Martin (1975/72) diskriminative Funktionen, in Anlehnung an Wexler (1974) "attentionale", "organisierende" und "evokative" Funktion (Bommert 1982, S. 52 - 55).

Phillip-Dormston betont die "organisierende und differenzierende Funktion des Therapeuten" (Phillip-Dormston 1980, S. 145; 1979, S. 26).

In bezug auf die therapeutisch bewirkten Veränderungen verlieren Momente der Intensivierung und des Zulassens von Erfahrungen auf seiten des Klienten an Gewicht. Statt dessen gewinnen kognitive Fähigkeiten: "Bewältigungskompetenz" (Phillip-Dormston 1980, S. 145) oder die "Fähigkeit, durch Reflexion seiner Erlebnisumwelt sein Verhältnis zu seiner Umwelt klarer zu bestimmen" (Zielke, Seidl u. Ernst 1980, S. 104), an Bedeutung.

Bommert formuliert diese Fähigkeit als "eine veränderte Wahrnehmung des Problems, d.h. eine veränderte Problemdefinition" (Bommert 1980, S. 180). Geuß, Howe und Schmelz bezeichnen den Veränderungsprozeß als

"Veränderung der Beziehungen zwischen psychischer Störung und mentaler Repräsentation" (1982, S. 60).

Andererseits bleibt bei allen derartigen Definitionen letztlich unbegründet, inwiefern die bloß sprachformal modifizierte - präzisere, anschaulichere, differenziertere - Wiederholung der Äußerung des Klienten durch die Verbalisierung des Therapeuten tiefergehende psychische bzw. kognitive Veränderungsprozesse in Gang setzen sollte und welcher Art sie sind. Zumal erfahrungsmäßig zu bezweifeln ist, daß klientenzentrierte Therapie und ihre Wirksamkeit von besseren Sprachfertigkeiten des Therapeuten im Vergleich zur Sprache des Klienten abhängig ist. Darüber hinaus enthalten die Kriterien für Unterscheidungen im Grade der Differenziertheit, Strukturiertheit, Flexibilität, Integriertheit usw. zum Teil willkürliche Setzungen des Beurteilers. Im Prinzip dieselben Bedenken betreffen auch Charakterisierungen der therapeutischen Funktion bzw. der Veränderungen beim Klienten in Begriffen der Differenzierung, Organisation, Kreation usw. von Informationen. Derartige Bestimmungen erlauben einerseits, daß j e d e Funktion und j e d e Veränderung (anscheinend) erklärt werden kann. Andererseits sind sie als reale Veränderungen von ganz spezifischer Art kaum konkretisierbar und erhalten darüber hinaus nur im Verhältnis zu einem gesetzten Maß ihren Inhalt.

Die diskutierten Stellungnahmen zur bisherigen Einflußlosigkeit der alternativen theoretischen Konzepte auf Forschung und Praxis beziehen sich nicht zuletzt auf dieses vage, ungeklärte Verhältnis der allgemeinen kognitiven Fähigkeiten und Prozesse zu den spezifischen Vorgängen und Wirkungen innerhalb der klientenzentrierten Interaktion (vgl. Bommert 1982, S. 53/57).

Eine Konsequenz der mangelnden begrifflichen Klarheit über die wirklichen kognitiven Prozesse und Faktoren im Rahmen der klientenzentrierten Therapie macht sich in den Darstellungen der GPT-Praxis geltend: Konkrete, beschreibende Darstellungen, die in erster Linie nachvollziehbar machen wollen,

was in der klientenzentrierten Interaktion zwischen Therapeut und Klient 'wirklich' geschieht, sind noch immer den Vertretern der klassischen Rogers-Position vorbehalten und deshalb in der Regel mit gefühlzentrierten Begriffen und Interpretationen verbunden. Auf der anderen Seite wird durch die Unspezifität der kognitionstheoretischen Begriffe für die GPT eine Tendenz der Weiterentwicklung der kritischen Gegenposition begünstigt, die mir nicht ohne Gefahr zu sein scheint: Die Tendenz, ausgehend von kognitionstheoretischen F o r m u l i e r u n g e n, die klientenzentrierte Interaktion als Bestandteil einer integrierten - also alle Methoden einbeziehenden - Psychotherapie zu diskutieren. Damit wird jedoch einer Klärung der spezifischen kognitiven Vorgänge und Wirkungen i n d e r G P T lediglich aus dem Weg gegangen, was sich so 'rächt', daß zwar auf abstrakter Ebene GPT, VT, Kognitive Therapie u.a. als Teile eines therapeutischen 'Problemlöse- bzw. Informationsverarbeitungsprozesses' charakterisierbar sind. Wie dieser 'gemischte' therapeutische Prozeß jedoch konkret aussehen soll, bleibt ungeklärt, solange die Differenzen und Spezifiken der - gleichermaßen als Informationsverarbeitung, Strukturierung usw. formulierbaren - kognitiven Prozesse der jeweiligen Therapierichtungen nicht abgeklärt sind. Daher besteht praktisch die Gefahr, daß nicht nur die Realisierung der klientenzentrierten Grundbedingungen, sondern auch noch das Problem der Kombination mit anderen Methoden der 'Intuition' des Therapeuten anheimgestellt wird. Theoretischerseits besteht die Gefahr, daß sich die Kontroverse mehr und mehr auf der Ebene des Für und "Wider die Methodenintegration" (Biermann-Ratjen et al 1980b), im Titel des Beitrages) abspielt und sich so vom Gegenstand der Klärung immer weiter entfernt.

Deutlich wird die diskutierte Tendenz an Literaturbeiträgen wie beispielsweise: "Mentale Repräsentation und therapeutische Intervention - zur Frage kognitiver Anteile therapeutischer Behandlung"

(Geuß/Howe/Schmelz 1982, S. 60); "Cognitive Science: Ein Weg zum besseren Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses" (Lamott u. Soukos-Valvani 1982, S. 66) oder "Integratives Handeln in der GPT" (Howe (Hrsg.) 1982), ein Kompendium, in dem auch die "Kombination von GPT und Rational-Emotiver Therapie" (Rückert 1982, S. 91 - 118), also von zwei tendenziell gegensätzlichen Verfahren diskutiert wird, ohne eine klare Abgrenzung des jeweils Kognitiven der beiden Therapiemethoden angeben zu können.

Auch im Bereich der Forschung schlägt sich die Mangelhaftigkeit der kognitionstheoretischen Konzepte zur Erfassung der klientenzentrierten Spezifik nieder: Empirische Untersuchungen, die sich explizit konkrete kognitive, informationsverarbeitende Strukturen und Prozesse innerhalb der GPT zum Forschungsgegenstand machen, gibt es meines Wissens kaum. Untersuchungen, wie beispielsweise die von Baumann (1981) und die von Phillip-Dormston (1979), die sich in ihren theoretischen Ableitungen explizit auf kognitionstheoretische und verwandte Ansätze beziehen, befassen sich weniger mit dem Interaktionsgeschehen innerhalb der klientenzentrierten Therapie selbst, als mit V o r a u s s e t z u n g e n dafür auf seiten des Therapeuten - kognitive Konstrukte und deren Veränderung durch die Ausbildung in Gesprächstherapie (Baumann 1981) - und auf seiten des Klienten - Abwehrtypen als spezifische kognitive Informationsverarbeitungsstile des jeweiligen Klienten außerhalb der klientenzentrierten Interaktion (Phillip-Dormston 1979).

Es liegen jedoch eine Anzahl von Untersuchungen vor, die im Rahmen einer allgemeinen Analyse einzelner Therapeuten- und Klientenmerkmale, Charakteristiken einbeziehen, die von den kognitions-/informationstheoretischen Interpretationen ebenfalls als therapeutisch wirksam nahegelegt werden. Die Diskussion des gegenwärtigen Standes kognitiv orientierter Gesprächstherapie-Konzepte abschließend werden diesbezügliche Untersuchungsbefunde aufgegriffen und im Hinblick auf ihren Beitrag für die Konzeption einer kognitiv orientierten klientenzentrierten Interaktionstendenz diskutiert.

I.3.3. Kognitive Merkmale in der GPT-Forschung

Kognitionstheoretische Konzepte begründen die therapeutische Wirksamkeit der klientenzentrierten Verbalisierung u.a. mit sprachformalen Merkmalen, wie Differenziertheit, Konkretheit, Strukturiertheit usw. der Therapeutenäußerung. Diese Merkmale wurden in anderen Zusammenhängen verschiedentlich untersucht.

Insgesamt sind die Ergebnisse und Interpretationen nicht ganz einheitlich, die Befunde legen jedoch nahe, daß diese Merkmale eher eine Nebenrolle für die klientenzentrierten Veränderungsprozesse spielen. Allem Anschein nach können sie als ergänzende Variable unter Umständen förderlich auf die grundlegenden Veränderungsprozesse wirken, diese selbst jedoch nicht erschöpfend begründen. So fanden Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz "keine Unterschiede zwischen den Extremgruppen (gebesserte und nicht-gebesserte Klienten, U.D.) ... für die Merkmale Differenziertheit der Klientenäußerung und sprachliche Spontaneität" (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 50); ebenso wenig für die Merkmale "Zutreffen und Konkretheit der Therapeuten-Äußerung" (ebd., S. 50). Schwartz kommt zu dem Ergebnis, daß es keinen signifikanten Zusammenhang gibt zwischen den Merkmalen: "Differenziertheit", "Spezifität" und "Detailliertheit" der Klientenäußerung und Maßen positiver therapeutischer Veränderungen (Schwartz 1975, S. 122).

Andererseits jedoch legt die Untersuchung zugleich nahe, daß **G e f ü h l e** als **I n h a l t e** der Verbalisierung des Therapeuten bzw. der Äußerung des Klienten nicht die ausschlaggebende Rolle einnehmen, die ihnen traditionellerseits zuerkannt wird. Schwartz fand diesbezüglich, "daß das Fehlen von gefühlsmäßigen Referenzen ... nur wenig bedeutend bei Mißerfolg" sei (Schwartz 1975, S. 126). Biermann-Ratjen et al berichten aus ihrer Untersuchung keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der "Häufigkeit des Ansprechens von

Gefühlen" und Merkmalen des Therapieerfolges (Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1979, S. 50). Dies läßt zwar angesichts der wenigen unsystematischen Befunde noch kein endgültiges Urteil zu, enthält jedoch deutliche Hinweise darauf, daß auch nicht-emotionale Inhalte der Therapeuten- resp. Klientenäußerungen heilsame Wirkung haben können, die qualitativ den emotional bewirkten Veränderungen gleichwertig ist.

Über die eher sprachformalen Merkmale hinausgehend, begründen Vertreter der kognitiven informationstheoretischen Interpretation die kognitive Leistung des Therapeuten auch damit, daß er adäquatere, auf höherem Niveau integrierte Regeln und Konzepte hat als der Klient. Durch den Einsatz dieser Konzepte fungiert er demnach als Vorbild- und Ersatz-Integrator der Informationen des Klienten. Spezifische Kontrolluntersuchungen liegen auch zu diesen angenommenen Therapeutenkonzepten - wohl aufgrund der mangelnden Operationalisierbarkeit solcher Konstrukte - nicht vor. Ein Hinweis auf die Zweifelhaftigkeit dieses Begründungsversuches ist jedoch einer Untersuchung zu entnehmen, die Mc Lachlan (1972) vor längerer Zeit bereits durchgeführt hat. Minsel referiert diese Untersuchung als Indikationshinweis, der zeige: "daß die E n t s p r e c h u n g (U.D.) von Therapeut und Klient im Niveau der Konzeptbildungsfähigkeit entscheidend ist für das therapeutische Ergebnis", und daß "Diskrepanzen zu Lasten der Glaubwürdigkeit des Therapeuten gehen, was diesen Befund klären könnte" (Mc Lachlan 1972, S. 317 - 323, referiert von Minsel u. Bente 1979, S. 34). Nach diesem Befund erscheint es eher unwahrscheinlich, daß eine D i f f e r e n z im Niveau der Therapeutenkonzepte im Verhältnis zu den Klientenkonzepten von ausschlaggebender Wirksamkeit sein sollte.

Interessant im Hinblick auf die Unhaltbarkeit der ausschließlich emotionalen Interpretation ist die Untersuchung von Grawe und Plog (1976) zur differentiellen Psychothera-

pie. Sie verglichen am Beispiel der phobischen Problematik die therapeutischen Behandlungseffekte von GPT und VT. Wider Erwarten der Autoren selbst ergaben sich in vielen Bereichen Gemeinsamkeiten bzw. sehr viel geringere Differenzen, als die jeweiligen Veränderungskonzepte implizieren. Vor allem in bezug auf die Auswirkungen der klientenzentrierten Behandlung sind die Untersucher selbst erstaunt, "... daß in wesentlichen Angstmaßen die Patienten aller drei Gruppen im Durchschnitt Angst- und Vermeidungsverhalten reduzieren, ... da zunächst nicht zu erwarten gewesen ist, daß sich die Wirksamkeit der GPT in so spezifischen Maßen zeigt " (Grawe u. Plog 1976, S. 85). Als tendenzielle Differenz zwischen VT- und GPT-behandelten Phobikern stellte sich bei der differenzierteren Analyse eine unterschiedliche Sichtweise des eigenen Zustandes und seiner Veränderungen heraus (ebd., S. 156). Es sind also anscheinend kognitive Prozesse ganz spezifischer Art an den differenzierenden Wirkungen der klientenzentrierten Behandlung beteiligt, die in keiner Weise den emotionalen Prozessen untergeordnet sind. Welcher Art diese kognitiven Prozesse jedoch sind und wie diese genau mit den Grundbedingungen klientenzentrierter Interaktion zusammenhängen, ist aus der empirischen Untersuchung und ihren Befunden nicht zu bestimmen.

Einen generellen Hinweis auf die Involviertheit kognitiver Prozesse im klientenzentrierten Geschehen enthält die Untersuchung von Eckert (1974). Er kontrollierte unter anderem eine kognitive Dimension der Veränderung auf seiten des Klienten - erfaßt durch Item 4. des Klienten-Erfahrungs-Bogens (KEB): "Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in einem neuen Licht." Entgegen seiner - den GPT-Konzepten folgenden - Annahme, daß es sich bei dieser kognitiven Dimension lediglich um einen "punktuellen Vorgang" handeln würde, und nicht um eine systematische Steigerung, erhärtete der Befund letzteres (Eckert 1974, S. 69/70). Eckert schließt daraus, daß die Klienten im Laufe

der Therapiegespräche eine veränderte kognitive Sicht ihrer Probleme gewinnen und hält dies fest als Gegensatz zur konzeptgemäßen Erwartung (ebd., S. 69). In dieselbe Richtung verweist auch der systematische Anstieg des Optimismus bezüglich der Lösung von Problemen (KEB-Item 10) im Laufe der Therapie sowie die empirische Nicht-Bestätigung der konzeptgemäßen Annahme, die therapeutische Interaktion bewirke einen fortschreitenden Abbau von Barrieren gegenüber dem Therapeuten (ebd., S. 75/76).¹²⁾

Eine weitere empirische Untersuchung, die die Bedeutung kognitiver Veränderungen für den Therapieerfolg bestätigt, hat Espe (1978/1980) im Rahmen seiner Dissertation durchgeführt. Er untersuchte Veränderungen der Problemlösefähigkeit des Klienten in Zusammenhang mit erfolgreicher klientenzentrierter Psychotherapie. Als Indikator für die Fähigkeit zur Lösung von Problemen benutzte er die bereits von Rogers (1967) entwickelte "Skale of rating the manner of problem-expression". Interessanterweise brachten Klienten mit positiven Veränderungen auf einem subjektiven Befindlichkeitsmaß ihre persönliche Zufriedenheit vorwiegend als Optimismus bezüglich der Bewältigung künftiger Probleme zum Ausdruck. Items für positive emotionale Grundstimmung, Übereinstimmung zwischen Selbst und Ideal usw. wurden eher selten als Inhalt der subjektiven Zufriedenheit gewählt. Die traditionelle Interpretation der - a l s P h ä n o m e n allseitig anerkannten - Erweiterung kognitiver problemlösender Fähigkeiten durch die klientenzentrierte Behandlung als F o l g e der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, Erlebensoffenheit, Gefühlsunmittelbarkeit usw. ist damit zumindest in Frage gestellt.

Eine eindeutige Relativierung der gefühlsorientierten Auffassung des klientenzentrierten Prozesses enthält die sprachanalytische Untersuchung von Scobel (1979a, b). Ausgehend von der Definition sprachlicher Äußerungen als Inhaltsträger psychischer Phänomene greift Scobel direkt die I n h a l t e

der Äußerungen von Klient und Therapeut auf und liefert somit einen unmittelbaren Hinweis darauf, daß nicht-emotionale Inhalte gleichermaßen konstituierend für den therapeutischen Erfolg sind. Scobel faßt das Ergebnis seiner Untersuchung zusammen:

"... am Erfolg sowie an den Veränderungen im Prozeß der klientenzentrierten Behandlung waren nach meiner Sprachanalyse kopfbetonte Inhalte gleichermaßen beteiligt, wie gefühlsbetonte."
(Scobel 1979b, S. 47)

Damit ist die theoretische Bestimmung des 'wesentlichen inneren Erlebens' als emotional-organismische Erfahrungen ebenso in Frage gestellt, wie die ausschließliche Betonung des empathischen **E i n f ü h l e n s** in bezug auf die klientenzentrierte empathische Reaktion.

Zwei weitere empirische Untersuchungen, die von Baumann (1981) und die von Phillip-Dormston (1979), sind insofern von Interesse, als sie sich explizit auf alternative theoretische Konzepte - insbesondere den kognitionstheoretischen Ansatz von Wexler et al (1974) - stützen. Beide bringen die Problematik zum Ausdruck, an sich 'konzeptfremde' theoretische Konstrukte **d i r e k t** auf die klientenzentrierten Bedingungen und Prozesse zu übertragen: Baumann beabsichtigte, in Anlehnung an Rotter (1954/1966) die kognitiven Veränderungen durch die GPT-Ausbildung als Veränderungen in den "persönlichen Konstrukten" der ausgebildeten Therapeuten zu erfassen. Als Maß wählte sie den "role construct repertory test" (Kelly 1955), der die Flexibilität und Offenheit kognitiver Konstrukte erfaßt (Baumann 1981, S. 25 ff.). Das Resultat der Untersuchung erbracht keine Veränderungen auf diesem Maß im Verlauf der klient-zentrierten Ausbildung. Baumann zieht daraus den Schluß, daß die Ausbildung in klient-zentrierter GPT keine kognitiven Veränderungen auf seiten der Ausgebildeten bewirke. Dieser Schluß, den Baumann aus dem negativen Resultat ihrer Untersuchung zieht, ist

allerdings so unmittelbar nicht gerechtfertigt. Ihr formales Maß - die Differenziertheit, Offenheit, Flexibilität persönlicher Konstrukte - für die kognitiven Veränderungen im Rahmen der k l i e n t z e n t r i e r t e n Grundvariablen ist diesen letzten Endes bloß äußerlich angelegt. Die Untersuchung läßt ebenso den Schluß zu, daß die kognitiven Veränderungen durch klient-zentrierte Ausbildung und Praxis als Veränderungen auf dem "role construct repertory test" nicht adäquat gefaßt sind. Darüber hinaus enthalten die genannten formalen Merkmale kognitiver Therapeutenkonstrukte als persönliche V o r a u s s e t z u n g e n der klient-zentrierten Therapie keine Bestimmungen kognitiver Merkmale des klientzentrierten Interaktionsverhaltens selbst.

Phillip-Dormston (1979/1980) entwickelte im Rahmen ihrer Dissertation ein Categoriesystem zur Identifikation von Abwehr- und Vermeidungsverhalten des Klienten, von ihr als kognitive Merkmale konzipiert. Obwohl ihre Untersuchung der Absicht nach "Vermeidungsverhalten i n der GPT" (Titel der Untersuchung) klären soll, beziehen ihre Indikatoren sich auf Merkmale des "Sprechens von sich" (Phillip-Dormston 1979, S. 91) in Kommunikationssituationen a u ß e r h a l b der klientzentrierten Interaktion (normale Interviews) (ebd., S. 143 ff.). Als Maß für die Abwehr auf seiten des Klienten sind formale Merkmale (S. 107) des 'Sprechens über sich' ausschlaggebend: So die Differenziertheit, Themenwechsel, Allgemeinheit, Abwechslung, Vergangenheit usw. (S. 91/ S. 111). Deren relative Häufigkeiten werden als Kriterium n e u r o t i s c h e r Informationsverarbeitung im Sinne der "starren" Regelanwendung (S. 93/94/95) herangezogen. Die Problematik der Übertragung dieser kognitionstheoretisch abgeleiteten Kriterien auf Merkmale der Selbstexploration des Klienten wird bei einigen Kategorien offensichtlich: ein q u a n t i t a t i v e s Überwiegen direkter Aussagen über indirekte, konkreter über allgemeine, persönlicher über nicht-persönliche, gegenwärtiger Aussagen über vergangene usw. ist in

Phillip-Dormstons System strenggenommen ebenso Indikator für neurotische Regelanwendung wie umgekehrt - was im Fall normaler Kommunikation durchaus zutreffen mag. Als Charakteristiken der Selbstexploration des Klienten hingegen gelten diese quantitativen 'Ungleichgewichte' als therapeutisch bezweckte Indikatoren therapeutischen Fortschrittes und können nicht ohne weiteres als Indikatoren der Abwehr im Sinne der 'starren Regelanwendung' akzeptiert werden.

Aufgrund der Übertragungsproblematik sind also den beiden Untersuchungen - obwohl sie explizit auf kognitionstheoretischen Bestimmungen basieren - kaum Hinweise für eine Konkretisierung kognitiver Prozesse und Verhaltensweisen innerhalb der klientenzentrierten Interaktion zu entnehmen.

I.3.4. Zusammenfassung: das Kognitive in der klientenzentrierten Interaktion

Aus der Diskussion der Kontroverse zwischen Rogers-Position und der kritischen, eher kognitiv orientierten Contra-Position und den empirischen Befunden zu kognitiven Dimensionen in der GPT sind folgende Punkte festzuhalten:

1. Vertreter der Rogers-Position begreifen klientenzentrierte Interaktion als vorwiegend emotionales Geschehen an emotionalen Erlebensgehalten. Das Festhalten an den theoretischen Konzepten Rogers' als Überzeugung und Bekenntnis legt nahe, daß ihre persönliche Tendenz, gefühlsmäßig auf den Klienten einzugehen, dem Rückgriff auf Rogers' Theorie zugrunde liegt.
2. Die Interpretation des therapeutischen Prozesses in Rogers' Begriffssystem läßt die emotionale Auffassung der Therapie als dem Prozeß selbst immanente Notwendigkeit erscheinen. Kognitive Leistungen des Therapeuten und kognitive Inhalte des Erlebens des Klienten kommen - wenn überhaupt - nur als den emotionalen Inhalten und Qualitäten subsumierte in Betracht. Zugleich bleibt eine unaufgelöste Diskrepanz

zwischen der emotionalen Interpretation des Prozesses und gesicherten Befunden über kognitive Veränderungen als
R e s u l t a t des Prozesses.

3. Vertreter der kritischen Gegenposition wenden sich gegen die einseitige emotionale Interpretation der Aktivität des klientenzentrierten Therapeuten und des inneren Erlebens des Klienten. Sie erleben den therapeutischen Prozeß primär als kognitive Leistung, die sich auf die Probleme des Klienten und seinen kognitiven Umgang damit bezieht: Die Effektivierung kognitiver, informationsverarbeitender Fähigkeiten des Klienten tritt als Therapieziel in den Vordergrund. Zur theoretischen Formulierung ihrer Auffassung greifen sie bevorzugt auf die kognitiven, informations- und konflikttheoretischen Konzepte zurück. Bleibende wissenschaftstheoretische und methodologische Einwände gegen die diskutierten alternativen Konstrukte verweisen darauf, daß von Rogers abweichende kognitive Tendenzen in der Praxis für die Bevorzugung der jeweiligen theoretischen Alternativen den Ausschlag geben.

4. Auf Basis der Unzulänglichkeiten der theoretischen Konzepte bleibt die erlebensmäßige Gewißheit der kognitiv orientierten Position, daß ihre therapeutische Interaktion kognitiv geprägt ist, verbunden mit einer begrifflichen Unklarheit darüber, was nun die spezifischen kognitiven Leistungen und Funktionen innerhalb der klientenzentrierten Therapie tatsächlich sind. Eine einfache Übertragung allgemeiner kognitiver Funktionen und Leistungen scheint der Spezifik der klientenzentrierten Interaktion nicht gerecht zu werden. Diese Art des therapeutischen Eingehens auf den Klienten setzt gerade dort an, wo rationale Problemlösungsversuche des Klienten 'im Kreise drehen'; ein - dem normalen Lösen von Problemen in gemeinsamer Anstrengung partiell entgegengesetzter - wechselseitiger Kommunikationsprozeß ist die Grundlage klientenzentrierter Wirksamkeit.

5. Bemühungen, kognitive Merkmale des Therapeutenverhaltens und seiner Veränderungswirkungen auf der formalen Ebene zu

fassen (in Termini der Differenzierung, Integration und Organisation von Erleben durch entsprechende sprachformale Merkmale der Verbalisierung), begreifen allem Anschein nach lediglich nachgeordnete Dimensionen des klient-zentrierten Prozesses und seiner Wirkungen. Darüber hinaus sind derartige Bestimmungen durchaus der einseitigen emotionalen Auffassung subsumierbar: als formale Merkmale der emotionalen Erlebens- und Äußerungsgehalte.

6. Die größte konzeptionelle bzw. erfahrungsmäßige Klarheit und Präzision bezieht sich auf resultierende kognitive Veränderungen erfolgreich behandelter Klienten, also auf eine Dimension, über die weitgehend Einigkeit besteht zwischen der traditionell-emotional orientierten und der kritischen, kognitiv orientierten Position. So liegen von beiden Seiten Konzepte und Darstellungen spezifischer Merkmale einer effektiveren Problemlösung **a u ß e r h a l b** der klientzentrierten Interaktion vor. (Z.B. die "scale für rating the manner of Problem expression" von Rogers (1967) und der Fragebogen zum Problemlösen von König/Holling/Liepmann/Otto 1980, S. 227 ff.) Insgesamt haben jedoch die theoretischen und empirischen Erkenntnisse über positive Veränderungen als **isoliertes R e s u l t a t** klientenzentrierter Therapie - als allgemeine, außerhalb der therapeutischen Bedingungen wirksame Fähigkeiten - wenig beigetragen zur Klärung kognitiver Leistungen und Prozesse **i n n e r h a l b** der therapeutischen Bedingungen selbst. Eher scheint es sich hierbei um ein allgemeines Erlebens- und Verhaltensmerkmal psychisch stabiler Personen zu handeln, welches von der spezifischen Therapiemethode relativ unabhängig ist.

7. Aus empirischen Befunden ergeben sich vorläufige Hinweise gegen die einseitige Festlegung der klientenzentrierten Interaktion auf emotionale Qualitäten und Inhalte:

- Die einseitige Festlegung der klientenzentrierten Interaktion - inhaltlich auf die Gefühle und Gefühlsbedeutungen des Klienten als wesentliche Erlebensgehalte, haltungsmäßig

auf die e i n f ü h l e n d e Empathie des Therapeuten - erfaßt allem Anschein nach nicht alle Möglichkeiten der Realisierung der klientenzentrierten Grundbedingungen. Heilsame Wirkung der Behandlung ist nicht notwendig an die Exploration der e m o t i o n a l e n Erlebensgehalte gebunden.

- Während auf theoretischer Ebene Auffassungen und Interpretationen streitartig g e g e n einandergestellt werden und die Einbeziehung kognitiver Komponenten g e f o r d e r t wird, e x i s t i e r t allem Anschein nach bereits eine Art und Weise der klientenzentrierten Reaktion, die 'irgendwie' nicht gefühlsorientiert ist und sich den - traditionell eher negativ bewerteten - 'kopflastigen' (Scobel 1979) Inhalten erfolgreich zuwendet. Das unvermittelte Nebeneinander der allgemeinspsychologischen kognitiven Theoriekonzepte neben einer bereits existierenden kognitiv geprägten praktischen Tendenz dürfte hauptsächlich für das ungeklärte 'Irgendwie' verantwortlich sein; ebenso für die Situation, daß Ausbildung, Evaluationsinstrumente und beschreibende Darstellungen der Praxis noch immer auf Gefühle und Einfühlung abgestimmt sind.

8. Grundlage der Herausbildung einer solchen therapeutischen Tendenz - getrennt von theoretischen Bestimmungen und der ausbildungsmäßigen Praxis-Einweisung - sind persönlich-intuitiv bedingte Verhaltens- und Erlebenspräferenzen des praktizierenden Therapeuten. Sie bestimmen seine konkrete Ausgestaltung des Spielraumes der GPT-Grundbedingungen. Demnach liegen den beiden klientenzentrierten Interaktionstendenzen entsprechende persönlich bedingte Verhaltensorientierungen zugrunde.

Aufgrund von spezifischen formalen und inhaltlichen Parallelen wird angenommen, daß der emotional - nach innen orientierten therapeutischen Tendenz Verhaltens- und Erlebenspräferenzen im Sinne der Eysenck'schen Introversion, der stärker kognitiv-situationsbezogenen therapeutischen Tendenz

persönliche Präferenzen im Sinne des extravertierten Pols zugrunde liegen. Die Argumente für diese Annahme werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

Anmerkungen I.3.

- 1) In Übereinstimmung mit Fietkau in bezug auf sein Thema: "Phänomenologische oder nat.wiss. orientierte GPT - ein Gegensatz?", 1977, S. 39-47, beurteilt Kwiatkowski den inner schulischen "Streit" der GPT "als inhaltliche Neuauf-
lage" des Streites zwischen Rogers und Skinner (1980, S. 64). Sie läßt dabei völlig außer acht, daß Rogers und Skinner als Vertreter von zwei wesentlich unterschiedenen Therapiemethoden in "Streit" geraten und führt auf diese Weise beide Auseinandersetzungen - die zwischen Rogers und Skinner und die innerhalb der GPT -- auf wissenschaftstheoretische Positionen zurück. Unter Berücksichtigung der praktischen Differenzen zwischen jeweils Rogers' und Skinner's Therapiemethode hingegen bestärkt die Parallele zwischen den beiden Auseinandersetzungen die Annahme, daß auch der inner schulischen GPT-Kontroverse praktische Differenzen zugrundeliegen. Schnabel bringt a.a.O. im Rahmen einer Auseinandersetzung mit Fleischer (1983) die Verbindung zwischen "positivistischer Ecke" und einer GPT-Praxis, deren Ausrichtung er das Etikett "Verhaltenstherapie" aufprägt als Argument gegen Fleischers handlungstheoretische Konzeption.
- 2) In bezug auf die Explikation des Rogers-Ansatzes durch Biermann-Ratjen et al beziehe ich mich hauptsächlich auf ihre Urteile in "Verändern durch Verstehen", die im wesentlichen auch den danach folgenden Beiträgen: "Wider die Methodenintegration in der Psychotherapie" (1980) --- "Zum Empathiebegriff in der GPT" (1981, S. 42-49) zugrundeliegen. Desgleichen Biermann-Ratjen und Eckert (1983); Schachner, Eckert u. Biermann-Ratjen (1983). S. auch Pavel 1983. Sein Beitrag "Klientzentrierte Therapeuten - dürfen sie folgerichtig denken und kreativ handeln oder ist Intuition im Hier und Jetzt die alleinige Richtschnur ihres therapeut. Denkens? (1983, S. 9-11) enthält eine Selbstdarstellung. Auckenthaler verbindet in "Integrationsverweigerung - gegen den Einsatz klientenzentrierter Psychother. als Hilfsmethode der VT" (1981, S. 12-27) die Konzeption Rogers mit der Einzigartigkeit der GPT. Eine entsprechende Forschungsmethode skizziert sie in "Möglichkeiten der Evaluation von klientenzentr. GPT in der Praxis" (1980). Des weiteren werden als Sprecher der Rogers-Position angeführt: Schnabel 1983, S. 6-8; Wippich 1983, S. 42-51; Franke 1980 a, b; Mohazab u. Ueckert 1982, S. 29-44. Die enge Verwandtschaft der theoretischen und praktischen Konzepte Rogers mit denen Gendlin's zeigt sich u.a. auch darin, daß sich zustimmende und kritische Würdigungen i.d. Regel auf beide als prinzipiell gleichartige beziehen - wie beispielsweise Minzel und Bente (1980, S. 148-150); desgleichen beziehen sich Wiltshko und Köhne in der Regel auf Gendlin als Vertreter der Roger'schen

Therapie (1980/1981). Die als Vertreter der Rogers-Position genannten Autoren stimmen in wesentlichen Punkten überein, so daß die Zitierung eines einzelnen Autoren im betreffenden Punkt jeweils stellvertretend für die Position insgesamt aufzufassen ist.

- 3) In den GwG-Infos 39, 40, 41, 42 ist die Diskussion veröffentlicht, die von Pfeiffer, W.M. eingeleitet wurde mit "Diskussionsbemerkungen zu Biermann-Ratjen et al: GPT, Verändern durch Verstehen" in: GwG-Info 39, 1980, S. 21-26, und von Biermann-Ratjen, E.M. et al eine (vorläufig) letzte Fortsetzung unter den Titel "Zum Empathiebegriff in der GPT", in: GwG-Info 43, 1981, S. 42-49, fand.
- 4) Von den genannten Autoren wird a.a.O. die Annahme des Beziehungsangebotes durch den Klienten als Beleg der Interpretation seines Leidens als Hemmung der organismischen bzw. Selbstaktualisierungstendenz gewertet; die Verweigerung des Beziehungsangebotes erhärtet - als Angst vor der verleugneten Erfahrungswelt - die Ausgangsüberzeugung. Praktisch kann eine solche Sicht des Geschehens zur Konsequenz haben, daß bei Schwierigkeiten der Beziehung die Störung des Klienten zu dem Hindernis für ihre klientenzentrierte Behandlung wird.
- 5) Die Skala zur Beurteilung des Merkmals 'VeE' nach Tausch ordnet das Verbalisieren 'äußerer Sachverhalte' der 4-ten von 12 Stufen zu (S. 89). Die Skala "Häufigkeit des Ansprechens von Gefühlen des Kl. durch den Ther." identifiziert negatives Therapieverhalten mit dem Eingehen auf nicht-emotionale (=externale) Äußerungsgehalte des Klienten, während das Verbalisieren emotionaler Gehalte per se positiv ist, selbst bei spekulativen Vermutungen (S. 93).
- 6) Für Biermann-Ratjen et al ist Grundlage ihrer Einbeziehung der Stellungnahmen des Kl. für den anzustrebenden emot. Prozeß die Behauptung von Gefühlen, die der Kl. nicht zuläßt bzw. nicht vollständig erlebt, weshalb "Stellungnahmen zu den Gefühlen ... dem Klienten wesentlich näher als die Gefühle selbst" seien (Biermann-Ratjen et al, 1979, S. 97). Mohazab und Ueckert betonen die Gefühlsbewertungen des Klienten als wichtiger Bezugsgegenstand, vor allem, so lange der Kl. abwehrt.
- 7) Strenggenommen beinhaltet der Zusammenschluß einen Widerspruch in sich. Deutlich wird daran die Willkür der Benutzung theoret. Konzepte zur Legitimation praktischer Phänomene: Dasselbe Konzept - Gefühls- und Selbstkontrolle - wird im neurot. Fall zur Begründung des Leidens herangezogen, so daß die Öffnung für und Akzeptierung der Gef. als notwendiges Behandlungsziel erscheint. Genau umgekehrt wird im Falle eines Therapieerfolges die Gefühls- und Selbstkontrolle als Folge der Gefühlsöffnung erklärt.

- 8) Wexler, D.A./Rice, L.N. machen als Herausgeber im Vorwort zu "Innovations in Client-centered Therapie, New York 1974" darauf aufmerksam: "In Roger's theorizing there has typically been something of a gap with respect to the relationship between therapeutic technique and client change" (S. 18).
- 9) Eine kritische Beurteilung der traditionellen theoret. . Konzepte und der entsprechenden gefühlszentrierten Praxis findet sich u.a. in Bommert's Darstellung der "Grundlagen der GPT" (1977/78), die 1982 in einer neu überarbeiteten und erweiterten Ausgabe erschienen ist und in seinem Beitrag: "Therapieorientierte Diagnostik" im Kongreßbericht der GwG (1980, S. 177-187); sowie in Helm's Darstellung der "GPT" (1980/78), in Minsel's Darstellung der "Praxis der GPT" (1979 a) und in seinem "Gutachten zur GPT" (1979). Vorwiegend theoriebezogen ist der kritische Beitrag von Minsel und Zielke zu den "Theoretischen Grundlagen der klientenzentrierten GPT" (1978, S. 953-980). Mempel/Müller/Zielke skizzieren in "Konfliktnäherung in der Psychotherapie" (1980) eine alternative Konzeption, die die von ihnen kritisierten Mängel der GPT vermeiden soll. Phillip-Dormston begründet ihre Untersuchung des "Vermeidungsverhalten in der GPT" (1979) mit einer kritischen Betrachtung der GPT-Theorie, die sie zur Einbeziehung kognitiver Konzepte veranlaßt. In Howe (1982) finden sich unter dem Gesichtspunkt der Methodenintegration kritische Beiträge zur GPT.
- 10) In bezug auf die diskutierten Kritikpunkte an Rogers' Konzepte siehe auch Minsel und Zielke 1978, S. 92; Phillip-Dormston, 1979, S. 8; Minsel/Bente, 1980, S. 150; Minsel, 1981; Helm, 1980.
- 11) Die Nähe der alternativen Ansätze zueinander im prinzipiellen Aussagegehalt und der Abgrenzung gegenüber Rogers macht sich u.a. darin geltend, daß diese Ansätze häufig in Bezug auf gemeinsame Elemente diskutiert werden und eher selten hinsichtlich ihrer differierenden Konsequenzen. Dies bestärkt die Rückführung auf eine gemeinsame Tendenz der praktisch-therapeutischen Grundhaltung.
- 12) Es ergab sich kein systematischer Anstieg der Werte des KEB-Item 6: Offenheit der Aussprache des Kl. gegenüber dem Therapeuten.

I.4. Die Persönlichkeitsdimension Extraversion -
Introversion im Verhältnis zur Polarisierung
in der klientenzentrierten Praxis

1.4.0. Vorbemerkungen

Das Persönlichkeitsmodell nach Eysenck ist nicht unumstritten. Fragwürdig erscheint vor allem die behauptete Anlagebedingtheit, die den beiden Typen Extraversion und Introversion (E - I) den Anschein vermittelt, als dingliche Eigenschaft am Subjekt zu existieren. Andererseits betont Eysenck selbst den Charakter seiner Typen als idealtypische Abstraktionen spezifischer Verhaltensmuster und Erlebensstrukturen. Es handelt sich bei den Beschreibungen der Pole um eine Art "Karrikaturen", die den "'perfekten' Extravertierten und den 'perfekten' Introvertierten" schildern (Eysenck u. Rachmann 1973, S. 27).

Demnach stellt die individuelle Ausprägung auf der E-I-Dimension nichts anderes dar, als die jeweils persönliche Reaktionstendenz mehr in Richtung auf das extravertierte bzw. introvertierte Extrem.

Als eine solche Prägung der individuellen Reaktions- und Erlebenspräferenz enthält die Unterscheidung der beiden Pole Parallelen zur Unterscheidung der beiden klientenzentrierten Tendenzen. Die Parallelen beziehen sich auf formale und inhaltliche Charakteristiken der beiden Pole.

I.4.1. Formale Parallelen

Unabhängig von der inhaltlichen Charakterisierung der Pole Extraversion - Introversion (E-I) ist bereits von Interesse, daß es sich dabei um eine Polarisierung der Reaktionstendenzen und Erlebensstrukturen sehr grundlegender Art handelt (vgl. Buttgereit 1980, S. 165/166).

Viele individuelle Unterscheidungsmerkmale auf verhaltensmäßiger, erlebensmäßiger und physiologischer Ebene bewegen sich innerhalb des Geltungsbereiches dieser Grunddimension. Die Auffassung der bipolaren E-I-Dimension wurde nicht nur durch Eysencks eigene empirische Untersuchungen erhärtet (vgl. Eysenck u. Eysenck 1969; Eysenck, Soueif u. White 1969a) b)). Im Rahmen der allgemeinen faktoranalytischen Persönlichkeitsforschung (vgl. Guilford 1964; Cattell 1950) haben sich wiederholt mehrere Persönlichkeitsfaktoren der ersten faktoriellen Datenanalyse als nicht unabhängig voneinander erwiesen und konnten in der weiteren Verarbeitung auf zwei Grunddimensionen zurückgeführt werden: eine Dimension des Grades psychischer Angepaßtheit (Neurotizismus) und eine Dimension des grundlegenden persönlichen Stils der Anpassung mit den Polen Extraversion und Introversion (vgl. auch Amelang u. Bartussek 1971)¹⁾

Es ist also mit einiger Begründetheit und empirischer Absicherung anzunehmen, daß sich Individuen - über spezifischere individuelle Varianzen hinweg - hinsichtlich einer bestimmten bipolaren Tendenz und Tönung im Erleben und Verhalten unterscheiden lassen, deren Richtungsextreme durch E bzw. I gefaßt sind.

Diese eher f o r m a l e Qualität der Dimension E-I - Bipolarität einer Dimension spezifischer Verhaltens- und Erlebensmuster, Allgemeinheit der Dimension, 'Stärke' der in der Dimension zum Ausdruck kommenden jeweiligen Tendenz im individuellen Verhalten und Erleben so, daß sie sich über viele spezifischere individuelle Unterschiede hinweg durch-

setzt -, sind e i n wesentliches Argument für die Annahme, daß den beiden polaren Strömungen der Realisierung der klientenzentrierten Interaktionsbedingungen die Persönlichkeitsdimension Extraversion mit den Polen E-I zugrundeliegt. Das zweite Argument betrifft eine i n h a l t l i c h e Affinität der Charakterisierung der beiden extremen Pole E und I mit den Darstellungen der beiden klientenzentrierten Interaktionstendenzen.

I.4.2. Inhaltliche Parallelen

Die inhaltliche Bestimmung der beiden Dimensionen E bzw. I gestaltet sich nicht ganz einfach. Eben weil es sich um eine jeweilige Tendenz ('Färbung') des individuellen Verhaltens und Erlebens handelt, die in vielen verschiedenen Bereichen zum Ausdruck kommt, ist ihre konkrete Festlegung auf bestimmte Verhaltensmerkmale schwierig. Insofern können auch lediglich 'Richtungs'- bzw. 'Anmutungs'qualitäten zur Charakterisierung der Pole angegeben werden (vgl. Schulz u. Silbereisen 1978, S. 63).

In diesem Sinne sind Merkmale des Extravertierten:

- Er ist eher nach außen gekehrt, aktiv auf die Umwelt und andere bezogen (mit Gefahr zur Oberflächlichkeit im Extremfall).
- Er sucht Abwechslung und Stimulierung (Farley 1967).
- Er ist abhängiger von äußerer Stimulation (Petrie 1960).
- Emotional sucht der Extravertierte eher angenehme Gefühle durch Stimulierung und Abwechslung (Bottenberg 1975, 1970)
- Er verweilt weniger bei Emotionen, erlebt sie als 'Signal' für Aktivitäten (Hockel 1968).

Merkmale des Introvertierten:

- Er ist mehr in sich gekehrt, ruhig; in bezug auf andere hat er wenige, aber tiefe und dauernde persönliche Beziehungen.
- Er meidet Abwechslung und Aufregung (Farley 1967).

- Er ist von äußerer Stimulierung relativ unabhängig (Petrie 1960).
- Er läßt seine Gefühle eher in sich einwirken - auch die unangenehmen (Bottenberg 1975).
- Er verweilt eher bei seinen Gefühlen, erlebt sie weniger aktivierend (Hockel 1968).

Diese allgemeinen Charakterisierungen der Richtungsqualitäten des Verhaltens und Erlebens bezogen auf den E- bzw. I-Pol enthalten Parallelen zu den beiden zur Diskussion stehenden Ausrichtungen im klientenzentrierten Vorgehen:

Die introvertierte Verhaltens- und Erlebenstendenz erinnert in ihrer Bestimmung an die therapeutische Tendenz, die als emotional -gefühlsvertiefende Orientierung charakterisiert wurde. Die extravertierte Verhaltens- und Erlebenstendenz läßt sich mit der therapeutischen Tendenz, die als kognitiv-problemorientierte Richtung bestimmt wurde, assoziieren. Die diskutierten formalen und inhaltlichen Parallelen liegen der Annahme zugrunde, daß eine eher introvertierte Persönlichkeitstendenz der gefühlszentrierten GPT-Orientierung, eine extravertierte Persönlichkeitstendenz der kognitiv ausgerichteten therapeutischen Tendenz zugrunde liegt. Diese Annahme beruht auf assoziativen phänomenalen Parallelen, hat also den Charakter einer Vermutung, während die Annahme der Existenz und Polarisierung der beiden klientenzentrierten Interaktionstendenzen und ihre Persönlichkeitsbedingtheit das Resultat einer Ableitung ist. Die folgende abschließende Formulierung vorläufiger empirischer Fragestellungen aus der Analyse der GPT-Kontroverse (Kap.I.) trägt diesem unterschiedlichen Charakter der einzelnen Annahmen Rechnung.

Anmerkung I.4.

- 1) Die von Eysenck behauptete Unabhängigkeit der beiden Dimensionen ist nicht unumstritten; D. Eggert problematisiert die Abhängigkeit der E- und N-Skala im Rahmen des MPI. Er konstruierte in Reaktion darauf die veränderte E- und N-Skala des EPJ, die - nach Angaben des Konstrukteurs - voneinander unabhängig sind (vgl. Eggert 1971/1974).

I.5. Empirische Fragestellungen zur Polarisierung zwischen gefühlszentrierten und kognitiven klientenzentrierten Praxistendenzen

Im Anschluß an die zusammenfassende Bestandsaufnahme der theoretischen, praktischen und forschungsmethodischen Kontroverse innerhalb der GPT ergeben sich - in Verbindung mit den skizzierten Merkmalen der Persönlichkeitsdimension Extraversion-Introversion - erste Hinweise auf die Möglichkeit und Notwendigkeit einer empirischen Kontrollstudie:

Die wesentlichen *t h e o r e t i s c h* abgeleiteten Zusammenhänge in bezug auf das *p r a k t i s c h e* klientenzentrierte Handeln können und müssen in Form von Hypothesen einer empirischen Kontrolle unterzogen werden.

In diesem Sinne lassen sich bisher drei vorläufige Annahmen formulieren:

1. Neben der emotional-gefühlsvertiefenden ('klassischen') klientenzentrierten Orientierung gibt es in der Praxis eine Strömung, die dieser in gewisser Weise entgegengesetzt ist, und die als 'kognitiv-problemorientierte' Tendenz bezeichnet wird. Klientenzentrierte Psychotherapeuten lassen sich demnach tendenziell unterscheiden in stärker emotional-gefühlsvertiefend arbeitende einerseits, mehr kognitiv-problemorientiert ausgerichtete andererseits. Grundlage der jeweiligen therapeutischen Tendenz sind persönlich bedingte Interaktionspräferenzen.

2. Es wird vermutet, daß der emotional-gefühlsvertiefenden Tendenz die allgemeine persönliche Verhaltens- und Erlebens-tendenz in Richtung Introversion, der kognitiv-problemorientierten Ausrichtung die allgemeine persönliche Verhaltens- und Erlebens-tendenz in Richtung Extraversion zugrunde liegt.

3. Es gibt eine Dimension der Veränderung im Erleben und Verhalten des Klienten, die als spezifisch klientenzentrierte heilsame Wirkung der emotional orientierten u n d der kognitiv geprägten Intervention begreifbar ist. Beide Tendenzen

haben gleichermaßen diese spezifisch klientzentrierte therapeutische Wirkung.

Sowohl die Existenz einer eher kognitiv nach außen orientierten therapeutischen Grundtendenz neben der klassischen gefühlszentrierten, als auch ihre Abhängigkeit von persönlichen Verhaltens- und Erlebensstil, als auch ihre klientzentrierte therapeutische Wirksamkeit sind bisher empirisch noch nicht untersucht und ausgewiesen.

Obwohl von seiten der kritischen Gegenposition Sicherheit zu bestehen scheint, daß die Festlegung auf emotionale Qualitäten der therapeutischen Interaktion und des Erlebens nicht alle Möglichkeiten therapeutischer Hilfe abdeckt, indem sie kognitive problem- und situationsbezogene Momente ausblendet, besteht keine konkret faßbare Vorstellung darüber, wie eine kognitive Variante wirksamer klientzentrierter Therapie beschaffen sein könnte.

Die Situation ist eine Art Teufelskreis insofern, als derselbe Ausgangspunkt - daß sich die traditionelle gefühlszentrierte Auffassung der Praxis in bezug auf Ausbildung, Evaluationsinstrumente und Praxis-Darstellung durchgesetzt hat - den Nachweis einer wirksamen alternativen kognitiven Tendenz zugleich wichtig und schwierig machen.

Die kognitionstheoretischen Konzepte selbst enthalten keine Kriterien für die Operationalisierung und Konkretisierung einer kognitiv geprägten Realisierung der klientzentrierten Grundbedingungen.

Daraus ergeben sich Konsequenzen für den Fortgang der Arbeit: Die konkrete Bestimmung und Operationalisierung einer eher kognitiv nach außen orientierten Tendenz erfordert eine eigenständige theoretische Analyse der klientzentrierten Interaktion - eigenständig im Sinne der relativen Unabhängig-

keit von bestehenden Interpretationskonzepten und Skalendefinitionen.

Diese Analyse muß sich auf praxisnahe Darstellungen und Fallbeispiele beziehen bzw. versuchen, am Material der Analyse Interpretationen und die zugrundeliegende phänomenale Darstellung - so weit möglich - zu trennen.

Unter methodischem Gesichtspunkt ist zunächst nur negativ festzuhalten, daß die theorieimmanenten Gründe für die bisherige Einflußlosigkeit der kognitions-/informationstheoretischen Konzepte auf die klientzentrierte Praxis und Forschung vermieden werden müssen.

Aus diesem Grunde wird der in Kap. II zu leistenden eigenständigen theoretischen Analyse der klientzentrierten Interaktion eine theorieimmanente Kritik der kognitions- und informationstheoretischen Begriffe vorausgestellt.

II. Ein Modell der kognitiven und gefühlszentrierten GPT bei neurotischen Störungen

II.O. Vorbemerkungen

Aus der Analyse der Kontroverse zwischen gefühlszentrierter Auffassung der GPT und kognitiv orientierter Gegenposition im Verhältnis zur klientenzentrierten Praxis (Kap. I) ergibt sich der Schluß auf zwei zugrundeliegende therapeutische Tendenzen: Das gefühlszentrierte Vorgehen und eine tendenziell konträre, kognitiv orientierte Strömung, die sich praktisch neben der traditionellen GPT entfaltet hat. Zugleich enthalten die kognitionstheoretischen Bestimmungen selbst keine Kriterien für die operationale Definition konkreter, über bloß assoziative Anmutungen hinausgehender Äußerungen dieser praktischen Tendenz.

Kapitel II beginnt deshalb in Abschnitt 1 mit der Diskussion der theorieimmanenten Merkmale, die diesem Mangel zugrunde liegen und bei der anschließenden Ableitung eines eigenen Therapiemodells zu vermeiden sind. Diese Diskussion führt unter anderem zu einer, den traditionell gefühlszentrierten Ansätzen und der kognitiv orientierten Kontraposition gleichermaßen eigenen, theoretischen Schwäche: der 'rückwärts-schließenden' Begründung des neurotischen Leidens aus den klientenzentrierten Modifikationsbedingungen in Begriffen der entsprechenden GPT-Konzepte.

Da sich so GPT-Konzepte und Neurose-Konzepte gegenseitig immunisieren, muß umgekehrt die Wirkung klientenzentrierter Therapie auf eine unabhängig von ihr gewonnene Bestimmung der Problematik des Klienten bezogen werden. Dem Modell der klientenzentrierten Interaktion geht daher in Abschnitt II.2. ein Neurosemodell voraus. Dieses bezieht sich, unabhängig von GPT-Konzepten bzw. von einer spezifischen Behandlungsmethode, nur auf das Phänomen 'neurotisches Erleben und Verhalten' und begreift dieses als eine besondere Art des Konfliktes.

Ausgehend vom Neurosemodell und von einer 'Neutralisierung' der gefühlszentriert interpretierten Darstellungen der klientenzentrierten Intervention, wird in Abschnitt II.3. ein Modell der klientenzentrierten Interaktion abgeleitet. Dabei werden die Wirkungen der klientenzentrierten Interaktion auf die Bestimmungen des neurotisch konflikthaften Erlebens des Klienten bezogen. Das resultierende GPT-Modell enthält die theoretischen Bestimmungen und konkrete Unterscheidungskriterien für eine emotionale und eine kognitive Ausrichtung der klientenzentrierten Interaktion und für eine Dimension der Veränderung des Selbst und Erlebensbezuges des Klienten, die aus emotionaler und kognitiver Interaktion gleichermaßen resultiert.

II.1. Die Schranken der kognitionstheoretischen Konzepte für eine kognitive klientenzentrierte Praxis

II.1.0. Vorbemerkungen

Vom Standpunkt der praktischen Relevanz der GPT-Theorien gibt es prinzipielle Einwände, die sich gegen die alternativen kognitionstheoretischen und gegen die traditionellen Rogers'schen Konzepte gleichermaßen richten. Im wesentlichen beziehen sich die Einwände auf den extremen Abstraktionsgrad, der die theoretischen Bestimmungen gänzlich von den praktischen Erscheinungen entfernt (siehe dazu Abschnitt I.3.). Praktische Schwierigkeiten daraus ergeben sich vor allem für die Formulierung einer alternativen, eher kognitiv-problemorientierten Tendenz der klientenzentrierten Interaktion. Die Analyse bezieht sich deshalb schwerpunktmäßig auf die alternativen kognitions- und informationstheoretischen Bestimmungen.

Ziel der Analyse ist es, aus den theorieimmanenten Mängeln Schlüsse für die Erarbeitung eines eigenen Modells der klientenzentrierten Interaktion zu ziehen, welches die Konkretisierung einer kognitiv orientierten therapeutischen Tendenz ermöglicht.

Im Hinblick darauf ist als erstes zu prüfen, ob die vom kognitiven Ansatz gemachte Übertragung der allgemeinen kognitionspsychologischen Bestimmung auf die GPT deren Spezifik prinzipiell gerecht werden kann.

II.1.1. Allgemeinpsychologische Konzepte im Verhältnis zu neurotischen Störungen und zur klientenzentrierten Therapie

Von Befürwortern einer alternativen kognitiven Konzeption des klientenzentrierten Prozesses wird häufig auch das Argument angeführt, Theoriebildung in der GPT müsse in Übereinstimmung mit allgemeinpsychologischen Begriffen und Konstrukten geschehen. Gestützt auf dieses Argument wird unter den gegebenen allgemeinpsychologischen Konzepten das für die jeweils eigene therapeutische Erfahrung 'passendste' ausgesucht: Dem Erleben der Gespräche mit dem Klienten als therapeutische Interaktion, die sehr viel mit den Vorstellungen und Gedanken des Klienten und mit seiner spezifischen Problem- und Konfliktbewältigung zu tun hat, wird so durch den Rückgriff auf Begriffe und Konzepte der allgemeinen Kognitions-, Interaktions- und Konflikttheorien Ausdruck verliehen.

Dieses Verfahren ist mit einer immanenten Gefahr verbunden, auf die auch Fliegel, Gröger, Schulte u.a. (1981, S. 247) sowie Minsel und Bente (1980b, S. 153/154) hinweisen:¹⁾ Die unmittelbare Subsumtion möglicher kognitiver Faktoren in Zusammenhang mit **n e u r o t i s c h e m** Verhalten und Erleben und mit der **k l i e n t z e n t r i e r t e n** Behandlung unter die theoretischen Konzepte der allgemeinen Denk- und Wahrnehmungspsychologie, Kybernetik usw. kann eine wesentliche Einengung des Verständnisses implizieren. So macht die Charakterisierung der psychoneurotischen Problematik als defizitäre (undifferenzierte, unorganisierte,

inflexible, fehlende ...) kognitive Regeln und Schemata, als mangelnde Problemlösungs f ä h i g k e i t e n und V o r a u s s e t z u n g e n in gewisser Weise 'blind' gegen die ausschlaggebende Differenz zwischen generell kognitiv wenig entwickelten, aber psychisch unproblematischen Personen und kognitiven Störungen in Verbindung mit neurotischem Verhalten und Erleben. Diese Art der kognitiven 'Defizite' bezieht sich nicht auf die allgemeinen kognitiven Grundfähigkeiten und Voraussetzungen und verhindert trotz der oft gut entwickelten kognitiven Fähigkeiten eine adäquate Problemlösung.

Darüber hinaus impliziert die Verabsolutierung des kognitiven Erlebens im neurotischen Leiden zu Defiziten in den p r i n z i p i e l l e n kognitiven V o r a u s s e t z u n g e n des Leidenden tendenziell die Gefahr, das vom Klienten erlebte Problem nicht ernstzunehmen: Ihm wird, ausgehend von der besagten Verallgemeinerung, die prinzipielle Fähigkeit des Erkennens und Wahrnehmens seiner Probleme abgesprochen - wie dies u.a. von König, Liepmann, Otto und Holling expliziert wird. Nach ihrer Definition werden Störungen "therapierelevant",

"wenn wissens- und handlungsmäßige Defizite, das Fehlen problemlösender Fähigkeiten ... ein Individuum unfähig machen, persönlich bedeutsame Probleme zu e r k e n n e n, zu bearbeiten und zu lösen."
(König et al 1980, S. 228)

Eine Begründung, warum es im neurotischen Fall zum Leidensdruck und zur inadäquaten Problemlösung kommt, ist mit dem Rückgriff auf Defizite der allgemeinen kognitiven Fähigkeiten und Voraussetzungen nicht geleistet.

Eine analoge 'Blindheit' resultiert in bezug auf die Spezifik der klientenzentrierten Interaktion aus einer unmittelbaren Übertragung allgemeiner kognitionspsychologischer Konzepte

auf die Vorgänge und Wirkungen der GPT: Die Begründung der Wirkungen dieser ganz besonderen therapeutischen Interaktion mit einem gemeinsamen Bemühen von Therapeuten und Klienten, Probleme zu erkennen, zu definieren, zu strukturieren, inadäquate Bewältigungsstrategien (Regeln, Mechanismen) abzubauen usw. schuldet eine Antwort auf die Frage, inwieweit dies ausgerechnet durch die Grundhaltungen und -verhaltensweisen des klientenzentrierten Therapeuten erreicht werden soll. So gesehen s c h e i n t die kognitive Therapie, die sich weitgehend auf dieselben theoretischen Konzepte beruft, durchaus konsequenter, wenn sie die direkte Analyse, Bearbeitung und Modifikation gestörter Kognitionen propagiert (vgl. Beck 1979a) b) und Ellis 1977).

Eine unmittelbare Folge bzw. Bedingung der Übertragung allgemeinpsychologischer Konzepte auf neurotisches Erleben und auf die Prozesse und Wirkungen der klientenzentrierten Behandlung ist ein Abstraktionsniveau der kognitionstheoretischen Begriffe, welches sich zunehmend von den wirklichen konkreten Phänomenen entfernt.

II.1.2 Das Abstraktionsniveau kognitionstheoretischer Begriffe im Verhältnis zur klientenzentrierten Praxis

Im Zusammenhang mit der Diskussion kognitions- und informationstheoretischer Konzepte der GPT wird häufig deren hoher Abstraktionsgrad als ein Grund ihrer geringen praktischen und forschungsmäßigen Wirksamkeit angeführt (vgl. Abschn. I.3 sowie Minsel u. Bente 1979; Bommert 1980, 1982).

Nun ist Abstraktheit an sich kein Mangel einer Theorie. Insofern sich diese bemüht, einen über das einzelne Phänomen hinausgehenden erklärenden Zusammenhang herzustellen, ist Allgemeinheit und Abstraktheit notwendige Qualität von Begriffen und Theorien.

Theoretische Begriffe wie I n f o r m a t i o n, Informationsverarbeitung, kognitive Regeln und Schemata usw. bewegen sich jedoch auf einer Ebene der Abstraktheit und Allgemeinheit, die den Bezug zum spezifischen Gegenstand zu verlieren droht. Die Anlehnung an die Begriffe der K y b e r n e t i k - eine Wissenschaft - die ihr Spezifikum eben in dieser Abstraktheit hat und sich eher als formale Theorie versteht - enthält in sich nicht einmal den Bezug auf subjektive Phänomene als notwendigen. Andererseits läßt sich ein Bezug auf j e d e n Gegenstand ä u ß e r l i c h herstellen, indem man jedes Phänomen a l s Information, und jeden Prozeß als Verarbeitung von Information bezeichnet. Selbst Naturprozesse - beispielsweise in der Biologie - lassen sich so charakterisieren.

Eine Konsequenz in bezug auf die GPT ist, daß die kognitions- und informationstheoretischen Bestimmungen keine i n h a l t l i c h e n Kriterien für kognitive Faktoren enthalten, die die klientenzentrierte Interaktion einbeziehen soll. So ist das traditionell betonte organismisch-emotionale Erleben ebensogut unter die Kategorie 'Information' subsumierbar wie Überlegungen und andere kognitive Inhalte, so daß die kognitionstheoretisch vorgetragene Kritik nicht notwendig als solche aufgenommen werden muß. Aus diesem Grunde findet sich auch die Vereinnahmung kognitionstheoretischer Begriffe für einen gefühlszentrierten Ansatz (vgl. Mohazab u. Ueckert 1982, S. 36). Derartige Begriffe wurden von Reiter als "L e e r f o r m e l n" charakterisiert. Für sie gilt, daß "aufgrund des hohen Abstraktionsgrades die verwendeten Begriffe ... mit den verschiedensten Operationalisierungen in Einklang gebracht werden können" (Reiter 1978, S. 50; vgl. auch Zielke 1980, S. 29 ff.; Howe 1980, S. 28). Ein weiteres Indiz für diese extreme Allgemeinheit und Abstraktheit der kognitions- und informationstheoretischen Begriffe und ihre Unzulänglichkeiten zur Spezifizierung der gesprächspsychothera-

apeutischen Vorgänge und Wirkungen ist die Möglichkeit, dieselben Konzepte zur Charakterisierung von Psychotherapie schlechthin zu verwenden: jenseits aller bestimmten Methoden, Prozesse und Wirkungen der unterschiedlichen Therapie-richtungen kann jede therapeutische Beziehung zu einem Beispiel für Informationsverarbeitung bzw. Problemlösung erklärt werden, unter die als 'heuristisches Modell' (Bastine 1976) jeder Vorgang subsumiert werden kann. Bestimmungen der Therapie als "heuristischen Problemlösungsprozeß" (Grawe 1980, S. 21) oder "Interaktionellen Problemlösungsprozeß" (Kommer u. Linsenhoff 1980, S. 157) stellen im Kern eine bloß formale Beschreibung dar, die, eben weil sie vom besonderen Charakter der jeweiligen therapeutischen "Problemlösung" absieht, inhaltlich relativ wenig zu ihrer Klärung beiträgt. Tendenziell verschwimmt dabei selbst der Gegenstand und Begriff von Psychotherapie, der so mit sehr vielen Prozessen, die formal als Problemlösung dargestellt werden können, gleichgesetzt wird (vgl. dazu auch Bastine 1981, S. 162 ff.; Struck/Petermann 1982, S. 7; Zielke 1980, S. 29 - 39).

Im Prinzip beinhaltet die Begründung gestörter kognitiver Prozesse und ihrer gesprächspsychotherapeutischen Modifikation durch entsprechende defizitäre bzw. modifizierte allgemeine kognitive Strukturen eine Art Verdoppelung: das jeweilige Ergebnis - mehr oder weniger gelungene Problemlösung; mehr oder weniger angemessene Informationsverarbeitung - wird verdoppelt in sich selbst und Merkmale einer zugrundeliegenden Fähigkeit oder Instanz zur Erreichung dieses Ergebnisses.

Dieses Verfahren impliziert Momente dessen, was erkenntnistheoretisch als Methode der 'Substantivierung' und dadurch 'Substantialisierung' (Kropf 1976, S. 83 f.) zu charakterisieren ist.

II.1.3 'Substantialisierung' durch kognitionstheoretische 'Substantivierungen'

Die Begriffe "Substantialisierung" und "Substantivierung" (Kropf 1976, S. 83) bezeichnen eine Art Verdinglichung von Erfahrungen und Äußerungen des Subjektes in eine jenseits dieser selbst angesiedelte instanzartige Potenz, die als 'dahinter' wirkende zur Erklärung der Erfahrung bzw. Äußerung herangezogen wird.

Aus dieser Verdinglichung resultiert eine Erklärung des subjektiven Handelns und Erlebens, die der Form nach eine Tautologie darstellt: Zur Erklärung einer subjektiven Äußerung wird die zugrundegelegte Instanz bzw. Potenz angeführt; deren wirkliche Existenz wird 'bewiesen' durch den Verweis auf die Äußerung, die sie erklären soll.

Werbik diskutiert dieses Verfahren in bezug auf Erklärungen von Verhaltensweisen. Er spricht von einer

"... Vergegenständlichung einer Verhaltensbeschreibung. Indem wir Verhaltensbeschreibungen vergegenständlichen und zu Ursachen des Verhaltens umdeuten, erhalten wir gleichsam eine Verdoppelung der Realität in eine Realität, die wir sinnlich wahrnehmen können, und eine andere Realität, die 'dahinter' steht, die gleichsam für die sinnlich wahrnehmbare verantwortlich ist."
(Werbik 1981, S. 21)

Kropf (1976) geht auf diese Methode der "Substantivierung" und "Substantialisierung" sehr ausführlich in bezug auf Rogers' Konzepte (Selbst, Selbst-Konzept usw.) ein, die den substantialisierenden Charakter bereits im Namen kenntlich machen. Den tautologischen Gehalt derartiger Erklärungskonstrukte veranschaulicht er anhand eines gängigen Beispiels: der Erklärung des Donners mit dem Donnergott, der wiederum durch den Donner bewiesen wird. Analog werden Äußerungen des Selbst durch dieses begründet; beweisbar ist das Selbst wiederum nur durch seine Äußerungen (Kropf 1976, S. 83)

Explizit wenden sich Befürworter der kognitions- und informationstheoretischen Konzepte größtenteils gegen derartige 'substantivierte' Instanzen, die deshalb formulierungsmäßig umgangen werden.

Implizit ist dieses Verfahren jedoch auch in den alternativen kognitiven Konzepten enthalten: Die allgemeine Erklärung dafür, was jemand wie wahrnimmt, welches Urteil er sich darauf bildet, wie er darauf reagiert usw., ist der Verweis auf e n t s p r e c h e n d e z u g r u n d e l i e g e n d e kognitive Strukturen, Regeln, Schemata. In diesem Sinne bestimmt Anderson das Verhältnis zwischen subjektiven Äußerungen und deren Grund als eines zwischen zugrundeliegenden "Regeln und Schemata" und "wahrgenommenen Aktivitäten", die von ihnen "produziert" werden (Anderson 1974, S. 22).²⁾

Ähnliche Formulierungen kennzeichnen dasselbe Begründungsverhältnis als "kognitive Pläne und Programme", die die "Abfolge der Operationen beim Problemlösen steuern" (Schmidt u. Holling 1980, S. 230); oder als "pathogene informationsverarbeitende Prozesse und Strukturen", die die "pathogene Informationsverarbeitung" selbst erklären sollen (Haselmann und van Quekelberghe 1980, S. 130; vgl. auch Seiler 1979, S. 50 f.).

Der Rückgriff auf entsprechende kognitive Prozesse, Strukturen und Mechanismen zur Begründung kognitiver Vorgänge und Phänomene beinhaltet im Prinzip dieselbe Tautologie, wie der Rückgriff auf Konstrukte des Selbst, des Selbstkonzeptes und der organismischen Tendenzen.

Sie sollen einerseits mehr sein als die geäußerten Phänomene, sollen als zugrundeliegende Ursache eine Erklärung beinhalten, und zugleich sind sie selbst nur durch die Äußerung beweisbar und bestimmbar. So kann jedes subjektive Phänomen dadurch 'erklärt' werden, daß ihm eine entsprechende Struktur zugrundegelegt wird.

Implizit ist in dieser Art tautologisch verdinglichender Erklärung kognitiver Phänomene und Vorgänge durch zugrundeliegende Regeln und Strukturen eine gewisse Mystifizierung enthalten. Diese wird offensichtlich bei den Bemühungen, eine über die Tautologie hinausgehende zusätzliche Erklärung zu finden: In dieser Absicht ist nicht nur Rogers auf mystische, nicht mehr hinterfragbare organismische Grundmotive gestoßen, die an der empirischen Realität weder beweis- noch widerlegbar sind. Auch die kognitions-/informationstheoretischen Ansätze postulieren ein Grundbedürfnis des Organismus nach Stimulierung und Ordnung zur Erklärung kognitiver Aktivitäten und deren Leiden verursachende Störungen (vgl. Wexler 1974, S. 67; vgl. auch Abschn. I.2.3. der vorliegenden Arbeit). Sie argumentierten dabei in Übereinstimmung mit Vertretern der kognitiven Therapierichtung, die diesbezüglich sogar von einem "biologischen Zwang" sprechen, einer "angeborenen Bereitschaft, solche Schemata zu entwickeln, die dem Überleben dienen" (Mahoney 1980, S. 27). So werden k o g n i t i v e Leistungen des Subjektes in letzter Konsequenz auf seine b i o l o g i s c h e Ausstattung zurückgeführt. Im Verhältnis zu diesem biologisch bestimmten Grundbedürfnis des Organismus gilt dann jede bestimmte subjektive Äußerung nicht mehr als das, was sie ist, sondern als bloßer Ausdruck bzw. Mittel zur Befriedigung des Grundbedürfnisses.

Damit ist quasi ein Universalgrund geschaffen, der anstelle eines Stückes zusätzliche Aufklärung über tatsächlich mögliche kognitive Prozesse und Wirkungen im Rahmen der klientenzentrierten GPT eine tendenziell mystifizierende F o r m der Erklärung beinhaltet. Es vermittelt den Eindruck, daß 'irgendwie' die Gesetzmäßigkeiten und Prinzipien hinter den Phänomenen bekannt seien und kann in der Konsequenz zur Subsumtion von erfahrenen bzw. empirisch aufgefundenen Zusammenhängen unter diese Konstrukte verleiten. Unter diesem

Gesichtspunkt enthalten die alternativen kognitions-/informationstheoretischen Begründungen, die einerseits Ausdruck von Unzufriedenheit mit der Ausklammerung kognitiver Momente aus der klientenzentrierten Interaktion sind und so die Aufmerksamkeit darauf lenken, zugleich immanente Momente, die eine Aufklärung dieser kognitiven Prozesse und Qualität behindern.

Eine weitere diesbezügliche Behinderung ergibt sich aus einer spezifischen Methode der Erklärung neurotischen Erlebens und Verhaltens aus dem Fehlen der Bedingungen und Wirkungen ihrer klientenzentrierten Behandlung, die im folgenden Punkt unter der Bezeichnung 'Rückwärtserklärung' diskutiert wird.

II.1.4. Die Methode der 'Rückwärtserklärung' neurotischer Störungen aus den jeweiligen Behandlungsbedingungen

Der Begriff 'Rückwärtserklärung' kennzeichnet eine spezifische Art und Weise der Begründung neurotische Störungen und ihres Verhältnisses zur klientenzentrierten Behandlung. Er nimmt Bezug darauf, daß die theoretischen Konzepte der Prozesse und Wirkungen der klientenzentrierten Therapie nicht auf Basis einer theoretischen Erfassung der Problematik des Klienten gewonnen werden; vielmehr werden umgekehrt die jeweiligen GPT-Konzepte als der bestimmende theoretische Rahmen zur Begründung neurotischen Erlebens und Verhaltens benützt.

Sander expliziert dieses Verfahren als Notwendigkeit, die aus dem Charakter der psychischen Störung selbst erwachse. Er folgert aus den heilsamen Wirkungen der Therapie, daß "das therapeutische Vorgehen gleichzeitig Grundannahmen über Bedingungen psychischer Fehlanpassung (impliziert)" (Sander 1975, S. 44). Deshalb müsse das Neurosemodell aus den Erfah-

rungen der therapeutischen Veränderungen gewonnen werden. Tausch bezieht ebenfalls seine "psychologischen Grundlagen-erkenntnisse über heilsame und krankmachende Vorgänge" aus der "Untersuchung und Erfahrung (des) lebendigen und kunstvollen Geschehens in psychotherapeutischen Gesprächen" (Tausch 1979, S. 207). Und Biermann-Ratjen und Eckert erschließen aus der "Analyse des Veränderungsprozesses unter den Bedingungen der Psychotherapie" ihre Auffassung der "Entstehungsbedingungen des Selbstkonzeptes" (Biermann-Ratjen/Eckert 1982, S. 36). Im gleichen Sinne gründen auch Wexler, Rice und Anderson ihr theoretisches Konzept idealer und gestörter Persönlichkeitsentwicklung aus dem "listening", also dem 'Lauschen' dessen, was sich in der Therapie ereignet (vgl. Wexler/Rice 1974, S. 22).³⁾

Dieser 'rückwärtsschließende' Zugang zu psychoneurotischen Störungen unterstellt einen Zusammenhang zwischen der Problematik des Klienten und deren Behandlung, der zunächst unbegründet ist: aus der Erfahrung 'irgendwie' heilsamer **W i r k u n g e n** wird geschlossen, daß das **F e h l e n** der therapeutischen Grundbedingungen und ihrer Wirkmomente zugleich der **G r u n d** und Inhalt des neurotischen Leidens sei. Das Problem des Klienten wird auf diese Weise 'rückwärts' bestimmt: als das Fehlen der Bedingungen seiner klientenzentrierten Behandlung und als das Nicht-Vorhandensein der dadurch bewirkten Veränderungen.

Gegen diese selbstverständlich gemachte Annahme gibt es Argumente: Von seiten der Praxis ist offensichtlich, daß das Problem des Klienten bzw. seine neurotische Gestörtheit der Behandlung vorausgesetzt ist, seine Bestimmung also nicht durch die spezifischen Therapiebedingungen erhält, wie der 'Rückwärtsschluß' es unterstellt. Daß die Unterstellung jedoch umgekehrt Einfluß auf die Praxis haben kann, macht Bommerts Verweis auf die Bedingtheit des Vorgehens "nicht

aus dem spezifischen Problem des Klienten, sondern ... aus den ... Vorstellungen über Veränderungsziele und Veränderungsmethoden .." deutlich (Bommert 1982b, S. 9).

Darüber hinaus gibt es phänomenal erwiesen durchaus 'heil-same Wirkung' sowohl im subjektiven Erleben des Klienten als auch in Form von objektiven Verhaltensänderungen durch an sich wirkungslose Behandlungsbedingungen - z.B. bei einer Placebobehandlung. In derartigen Fällen würde die Begründung der Erlebens- und Verhaltensstörung des Klienten durch das Fehlen der Behandlungsbedingungen offensichtlich unzulässig, obwohl sie demselben rückschließenden Erklärungsprinzip folgt.

Resultat des rückschließenden Erklärungsverfahrens ist ein Urteil über das Problem des Klienten, welches nicht in erster Linie auf diesem selbst beruht, sondern darauf, wie der Therapeut jeweils helfen kann und will; also eine Art 'Vorurteil', dem tendenziell die Gefahr immanent ist, das Problem des Klienten als solches nicht ernstzunehmen. Statt dessen wird ihm ein 'eigentliches' unterstellt, das er selbst gar nicht erkennen kann. So identifizieren Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz als eigentliches Problem des Klienten denjenigen Teil seines Erlebens, den er als "überhaupt nicht existent erfährt" (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 118). Tausch führt das Verfahren so weit, daß er auch und gerade dort, wo ein Klient n i c h t auf das klientenzentrierte Angebot eingeht, sein vorab feststehendes Urteil über die Störung bestätigt sieht, daß sie "Angst haben", "etwas zu erfahren, was sie selbst noch nicht genau wissen, was aber in ihnen ist" (Tausch 1979, S. 133). Praktisch ist einer solchen Betrachtung stets die Gefahr immanent, daß das empathische Verstehen nicht vom Inhalt der Angst des Klienten geleitet wird, sondern von der theoretischen Interpretation des Therapeuten.⁴⁾

Im Rahmen der kognitions- und informationstheoretischen Formulierungen resultiert das Verfahren der 'Rückwärtserklärung' darin, daß die kognitiven Störungen an für sich gar nicht positiv in den tatsächlichen kognitiven Vorgängen selbst identifiziert werden. Die Bestimmungen haben vielmehr negativen Charakter insofern, als das Fehlen der vorweggenommenen therapeutischen Änderungen als Grund des Problems angegeben wird - so das Fehlen von Kreation, Differenzierung, Integration usw. von Informationen. Die Qualität des 'Vor'urteils wird deutlich, wenn beispielsweise Wexler ein anderes Problem postuliert, als das vom Klienten selbst erlebte:

"... the problem may not be, what the klient thinks it to be ..."
(Wexler 1974, S. 67)

Daß dieses eigentliche Problem dann notwendig im Unbewußten anzusiedeln ist, macht Wippich (1983) explizit, der die kognitive Funktion des Therapeuten in Anlehnung an Wexler durch den "direkten Zugang zum Unbewußten" (S. 48) begründet. Sehr konsequent erklären König, Otto, Holling, Liepmann, in Umkehrung ihrer Interpretation des klientenzentrierten Prozesses als einen der Problemdifferenzierung und -sensibilisierung, das Problem des Klienten darin, daß er Probleme gar nicht erkennen kann, "eine Situation" "n i c h t als veränderungsbedürftig" erkennt (König et al 1980, S. 229). So wird letztlich der Veränderungswille geleugnet, der den Klienten zur Therapie führt.

In bezug auf die theoretische Konzeptentwicklung wird durch das Verfahren der 'Rückwärtserklärung' neurotisch gestörten Erlebens und Verhaltens als Folge des Fehlens der klientenzentrierten Interaktionsbedingungen verhindert, daß aus Erkenntnissen über die Genese und den Gehalt neurotischer Störungen positive - ggf. korrigierende - Bestimmungen für die theoretische Konzeption der klientenzentrierten Praxis gewon-

nen werden. Statt dessen werden etwaige anfängliche Mängel der Therapiekonzepte verlängernd in die Neurosetheorie hereingenommen und gegen Korrekturen fixiert: Die interpretierte Erfahrung der neurotischen Problematik und der klientenzentrierten Interaktion bestätigen sich gegenseitig. Beide - Neurose- und Therapietheorie - werden unangreifbar, indem sie sich wechselseitig immunisieren.

Hand in Hand mit der theoretischen Unangreifbarkeit der Konstrukte resultiert aus dem Verfahren eine Diskrepanz der Theorie zu den wirklichen praktisch auftretenden Phänomenen. Deren Ungeklärtheit macht sich in der aktuellen Diskussion zur GPT-Diagnostik und -Indikation geltend, die nicht zuletzt Zeugnis gibt von einer prinzipiellen Unsicherheit über den Charakter neurotisch gestörten Erlebens und Verhaltens und ihren Zusammenhang mit den klientenzentrierten Modifikationsbedingungen. So findet sich n e b e n den in den GPT-Konzepten enthaltenen klientenzentrierten Neurosekonzepten die Klage über das F e h l e n adäquater Neurosekonzepte, die zugleich eine K r i t i k der bestehenden Konzepte - als unbrauchbar - enthält.

Dementsprechend wird die Erarbeitung theoretischer Neurosemodelle gefordert, die sich von den gegebenen inadäquaten Bestimmungen gänzlich befreit. Das darin eingeschlossene Bedürfnis, der begrifflichen Bestimmung des therapeutischen Prozesses eine theoretische Vorstellung der Regulation neurotischer Störungen z u g r u n d e z u l e g e n, verweist ebenfalls auf die Inadäquatheit des umgekehrten Verfahrens (vgl. Minsel u. Bente 1980b), S. 150 ; Strupp 1980, S. 277; Bommert 1980, S. 178).

Es gilt daher, unabhängig von besonderen Behandlungsbedingungen und den entsprechenden theoretischen Konzepten, ein Modell des neurotischen Erlebens und Verhaltens zu erarbeiten. Die Wirkungen der klientenzentrierten Therapie können und müssen auf die Bestimmungen des Neurosemodells bezogen werden.

Für beide - Neurose- und Therapiemodell - gilt, daß die Mängel der kognitionstheoretischen Konzepte zu vermeiden sind. Die Abschnitt II.1. abschließende Formulierung der Kriterien für ein Neurose- und Therapiemodell enthält daher zugleich eine Zusammenfassung der Diskussion.

II.1.5. Zusammenfassung und Kriterien für ein Neurose- und Therapiemodell

Die theorieimmanenten Mängel der theoretischen - speziell der kognitions-/informationstheoretischen - Konzepte der klientenzentrierten Therapie implizieren umgekehrt methodische Kriterien für eine angemessene Analyse und Konzeption:

a) Die Erarbeitung eines theoretischen Modells der klientenzentrierten Interaktion, das eine kognitive Tendenz begründet und deren Operationalisierung ermöglicht, muß von einer Analyse und Bestimmung neurotischen Verhaltens und Erlebens ausgehen. Diese muß getrennt vom klientenzentrierten Veränderungsprozeß aus der Ausgangsproblematik des Klienten gewonnen werden.

Das Verfahren des Schlusses aus den therapeutischen Veränderungsbedingungen auf den Charakter der Störung kann dazu führen, daß die Einsicht in die Problematik des psychotherapeutisch Hilfesuchenden durch eine Art 'Vorurteil' behindert wird, und daß das theoretische Konzept der klientenzentrierten Therapie, durch die konzeptgeleitete Interpretation der Störungen immunisiert wird.

b) Die Methode der abstrahierten Verdinglichung einer Struktur (Instanz, Schema, Mechanismus) aus den erlebbaren und beobachtbaren Äußerungen des Subjektes, deren 'Zugrundelegung' wiederum die Äußerung erklären soll, ist tautologisch und daher zu vermeiden.

c) Der Abstraktionsgrad der theoretischen Begriffe muß sein Kriterium am analysierten Phänomen selbst haben. Aus dem klientenzentrierten Veränderungsprozeß auf allgemein-mensch-

liche oder naturhafte Strebungen zu schließen, ist zunächst willkürlich.

- d) Das theoretische Modell kann nicht von der gesamten, komplexen, persönlichen Erfahrung ausgehen, die die klientenzentrierte Interaktion den Beteiligten vermittelt. Dies birgt die Gefahr in sich, daß das subjektive Erleben einer zwischenmenschlichen Begegnung von Person zu Person in Begriffe gefaßt wird, die nur der Form nach allgemeine Zusammenhänge und Begründungen enthalten, inhaltlich jedoch keine weitere Aufklärung bringen. Stattdessen muß sich die theoretische Bestimmung auf spezifische, rational faßbare Momente der klientenzentrierten Interaktion beziehen, die diese von anderen Therapiemethoden oder zwischenmenschlichen Beziehungen auszeichnen. Ein weiteres Auswahlkriterium enthält der Zweck der Analyse - die Formulierung und Begründung einer kognitiven problemorientierten Interaktionstendenz.

Diese negativen Kriterien - im Sinne des Ausschlusses bestimmter Merkmale und Verfahrensweisen - enthalten zugleich positive Forderungen an den zu erarbeitenden theoretischen Ansatz: Dieser kann zunächst kein alternatives, in sich geschlossenes theoretisches System darstellen, welches zugleich allgemeine Persönlichkeitstheorie, genetische Bestimmungen usw. in sich einschließt. Stattdessen wird es sich um ein Erklärungsmodell handeln, das im Prinzip mit der Auffassung der Kommunikationswissenschaftler Mattejat und Brumm übereinstimmt. Von ihnen wird der Begriff Modell benützt,

"um zu betonen, daß die vorliegenden theoretischen Konzeptualisierungen den Sachverhalt ... nur in Ausschnitten und unter bestimmten Blickwinkeln abbilden. D.h. der wissenschaftstheoretische Anspruch ist auf bestimmte Fragestellungen relativiert."

(Mattejat/Brumm 1977, S. 730)

Ein solcher Modellbegriff unterscheidet sich wesentlich von dem durch Kwiatkowski explizierten. Sie benützt die Bezeichnung "Modell" für ein "... grundlegendes System idealtypischer Annahmen/Vorstellungen über einen Gegenstandsbereich ..." (Kwiatkowski 1980, S. 174). Ihr "Subjektmodell" nimmt so gesehen die Stellung eines "Menschenbildes ... mit der Betonung auf dem Subjektcharakter" (ebd., S. 174) ein.

Im Unterschied zu dieser philosophisch und total anmutenden Modell-Auffassung besagt die an Mattejat und Brumms Modell-Definition angelehnte Charakterisierung, daß sich die theoretischen Bestimmungen auf spezifische, empirisch feststellbare Momente des klientenzentrierten Geschehens und der neurotischen Problematik beziehen. Deren Qualität, Gehalt und Zusammenhang soll identifiziert und begründet werden, ohne Anspruch auf Mitformulierung der Bedingung und Zusammenhänge der Entstehung der Phänomene als allgemeinmenschliche Entwicklungsgesetze und ohne Anspruch auf Erfassung aller Aspekte des Phänomens - also des Gesamterlebens der klientenzentrierten zwischenmenschlichen Beziehung (vgl. dazu auch den Modellbegriff in der Arbeit von Phillip-Dormston 1979).⁶⁾

Anmerkungen 2.1.

- 1) Siehe S. Fliegel/W.M. Gröger/R. Künzel, D. Schulte/
H. Sorgatz zu "Verhaltenstherapeutische Standardmethoden"
(1980). Die Autoren halten es für "fraglich", "inwieweit
die Ergebnisse der Denkpsychologie auf Problemstellungen
von Klienten "übertragbar sind" (S. 247).
W.R. Minzel und G. Bente (In: "Gesprächspsychotherapie"
1980 b) sprechen von "konzeptfremden" Systemen, die, von
"außen an die GPT herangetragen", "Spannungen erzeugen
können" (S. 153/154).
- 2) Siehe dazu Anderson's Beitrag zu "Personal growth an Client-
centered Therapie an information-processing view" (1974).
Sie erklärt dort jedes subjektive Phänomen aus: "... rules
or schemas, by which perceived activities are guided and
directed and by which experience and behavior are produced"
(S. 22).
- 3) Dies ist eine Bedingung dafür, daß z.B. die kognitive Ver-
haltenstherapie im gleichen Begriffssystem neurotische Er-
scheinungen aus falsch gelernten kognitiven Regeln er-
klärt, während die kognitive GPT-Auffassung zu wenig diffe-
renzierte, organisierte usw. Regeln anführt.
- 4) Theoretisch beinhaltet die ausgeführte Begründung einen
Widerspruch: Angst vor etwas, von dem man n i c h t s
weiß, ist dasselbe, wie Angst vor nichts, also ein in-
haltsleerer Zustand, der dann auch nicht als Angst iden-
tifiziert werden kann. Selbst die Angst vor dem Ungewis-
sen bezieht sich auf angstausslösende Vorstellungen, die
mit dem unbekannten Zustand assoziiert werden.
- 5) Die diskutierte Kritik bzw. Forderung wird auch von
Fiedler 1980, S. 46, Falbesaner 1978, S. 32, Kruse/Juhl
1980, S. 307, vorgetragen.
- 6) Phillip-Dormston (1979/1980) entwickelt in ihrer Disser-
tation "Vermeidungsverhalten in der GPT", Kiel 1979, ein
integriertes Modell, das den Abwehraspekt neurotischer
Störungen unter Einbeziehung von kognitions-theoretischen,
psychoanalytischen und verhaltenstheoretischen Konzepten
formuliert.

II.2. Neurotisches Leiden als gestörter Selbst- und
Erlebensbezug des Subjektes
- Das Neurosemodell

II.2.O. Vorbemerkungen

Die Einwände gegen das Verfahren, neurotisches Erleben und Verhalten mit dem Fehlen der Bedingungen ihrer therapeutischen Behandlung zu erklären, begründet die anschließende Entwicklung eines eigenständigen, von bestimmten Therapie-schulen unabhängigen Neurosemodells, auf das sich die Analyse der klientenzentrierten Interaktion beziehen muß. Ein solches Konzept ist aus der Spezifik des untersuchten Phä-nomens - das neurotische Erleben und Verhalten - heraus zu entwickeln. Zur Eingrenzung und Klärung des Gegenstandsbe-reiches folgt im ersten Abschnitt eine Diskussion des Phä-nomens und Begriffs 'Neurose', die die Besonderheit neuro-tischer Klienten im Vergleich zu anderen psychisch Leidenden - Alkoholikern, Psychotikern, Psychopathen u.a. - her-ausarbeitet. Diese Besonderheit ist Ausgangs- und Bezugs-punkt der anschließenden Analyse.

II.2.1. Der Neurosebegriff und das klinisch-psychologische
Phänomen

Die bisherige Argumentation hat den Begriff 'Neurose' un-hinterfragt benützt, ist also selbstverständlich von einem abgeklärten Phänomen 'neurotisches Erleben und Verhalten' ausgegangen. Im Bereich der klinischen Psychologie ist ein solcher Umgang mit dem Phänomen und Begriff 'Neurose' einer-seits sehr häufig anzutreffen. Andererseits zeigt jedoch die Diskussion des 'Krankheitsbegriffes' in bezug auf psy-chische Störungen, daß auf der Ebene der Theorie-Reflexion die genannte Selbstverständlichkeit prinzipiell in Frage gestellt wird. Das Extrem dieser kritischen Reflexion bildet

eine, in Zusammenhang mit der Ablehnung des 'medizinischen Krankheitsbegriffes' der klassischen Psychiatrie entfaltete Position, die die Infragestellung bis zur Leugnung des Phänomens selbst fortsetzt: als Ausdruck der 'Etikettierung' bzw. des 'Labelling' (vgl. Keupp 1980, S. 130, 131) der 'Attributierung' (vgl. Zielke, Seidl und Ernst 1980, S. 99 ff.) werden neurotische Störungen in letzter Konsequenz zum bloßen Epiphänomen ihres Begriffes erklärt.¹⁾

Die Konsequenz in dieser Radikalität folgt allerdings nicht notwendig aus der Kritik. Die Ablehnung der Auffassung, psychische Störungen seien eine quasi organismische Krankheit bzw. ein bloß innerpsychischer Defekt, beinhaltet in keiner Weise, daß das Phänomen selbst geleugnet wird. Praktisch ist die klinische Psychologie ständig mit der Existenz eines solchen Phänomens konfrontiert und hat es zu ihrem Gegenstand erklärt. Bei allen Differenzen in den jeweiligen Positionen und Behandlungsmethoden bezieht sich die psychotherapeutische Arbeit ständig auf einen ganz bestimmten Personenkreis, der als 'neurotisch gestörte Klienten' u.ä. bezeichnet wird. Dieser ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, daß er aus eigenem Willen die Hilfe eines Psychotherapeuten aufsucht. Er ist eben darin abgrenzbar etwa gegenüber zwangsweise eingelieferten Patienten oder Personen, die von außen zwar als absonderlich erlebt werden, selbst aber gut mit sich zurechtkommen.

Auf den genannten Adressatenkreis bezieht sich beispielsweise auch Tausch, wenn er selbstverständlich von der Qualität 'psychoneurotisch' ausgeht in bezug auf die Störungsklasse, für die eine klientenzentrierte Behandlung heilsam ist - in Abgrenzung zu "Psychosen oder Drogen- und Alkoholabhängigkeit" (Tausch 1979, S. 207).

Dementsprechend beziehen sich die theoretischen Ansätze auf neurotisch gestörtes Verhalten und Erleben - wenn auch nicht als Krankheit im Sinne des medizinischen Modells, so doch als

abgrenzbares psychisches Phänomen von einer spezifischen Qualität, welches sie begrifflich zu fassen suchen.

Auf seiten des Klienten verweist die Freiwilligkeit darauf, daß sein eigenes Erleben und Verhalten auch für ihn insofern neurotisch gestörte Qualitäten hat, als er sich in bestimmten Bereichen und/oder in bestimmten Situationen als unzulänglich und dem eigenen Erleben und Verhalten gegenüber ohnmächtig erlebt. D.h. auch von seiten der leidenden Person ist eine solche Problematik unterscheidbar von Problemen, Unzufriedenheiten usw., mit denen sie sich letztlich auf ihre Art und Weise arrangieren kann.

Wie dieses psychische Phänomen nun heißt - welches 'Etikett' ihm zugeschrieben wird -, ist gegenüber seiner Existenz und Qualität zweitrangig. Formulierungen wie: 'Neurose', 'neurotisch gestörtes Verhalten und Erleben' sind im weiteren Verlauf der Arbeit als dieser offensichtliche, phänomenal gegebene Ausgangspunkt der klinisch-psychologischen Praxis und ihrer theoretischen Reflexion zu verstehen. Die genauere Bestimmung dieses phänomenalen Ausgangspunktes muß Resultat der theoretischen Analyse sein. Insofern die spezifizierenden Charakteristiken den verschiedenen Methoden der Behandlung neurotischen Erlebens und Verhaltens vorausgesetzt, also von deren Bestimmungen unabhängig sind, besteht auch theoretisch die Notwendigkeit, die Analyse 'schulunabhängig' zu betreiben.

Andererseits läßt sich - auch ohne die Leugnung des Phänomens Neurose mitzuvollziehen - den Einwänden gegen das 'medizinische Krankheitsmodell' ein wichtiger Hinweis für die positive Charakterisierung neurotischen Leidens entnehmen: Ihre Forderung, psychisches Leiden als Leiden des Subjektes unter 'sozialen Bedingungen' zu verstehen, verweist darauf, daß psychoneurotische Qualitäten des Erlebens und Verhaltens nur

als Folge der Konfrontation des Subjektes mit bestimmten äußeren Bedingungen begreifbar ist.

II.2.2. Äußere Situation und subjektiv erlebte Betroffenheit

Der Beginn der Analyse mit der Bedeutung der objektiven Situation des Subjektes ist der phänomenalen Erscheinung des neurotischen Leidens selbst geschuldet. Er ist nicht nur Konsequenz der kritischen Einwände gegen das 'medizinische Krankheitsmodell'; darüber hinaus verweisen eher beschreibende, aus der praktischen Erfahrung gewonnene Aussagen klinischer Psychologen zur Problematik ihrer Klienten auf die ausschlaggebende Rolle der äußeren Belastungen des Subjektes als Grund für ihre neurotische Verarbeitung.

So z.B. beansprucht Beck mit seiner Darstellung der "Wahrnehmung und Wirklichkeit der Neurose" (Beck 1979, Buchtitel) explizit, nicht von einem vorausgesetzten theoretischen Konzept auszugehen und die beobachteten Phänomene unter dieses zu subsumieren, sondern umgekehrt anhand vieler typischer Beobachtungen spezifizierende gemeinsame Merkmale zu systematisieren.²⁾ Dabei stellt sich für ihn die objektive Situation des Leidenden keineswegs als bloße Bedingung für die mehr oder weniger gestörten Voraussetzungen im Subjekt dar, sondern als Anforderung, die ständig zu Abstrichen, Kompromissen und Anstrengungen zwingt:

"Wenn wir uns die Komplexität und Zwänge des Alltags vor Augen halten, können wir nur staunen, daß so viele Menschen fähig sind, ihr Leben so gut zu meistern ... Sie vermögen zahllose Kompromisse zwischen ihren Wünschen und Erwartungen auf der einen Seite, und den äußeren Anforderungen und Beschränkungen auf der anderen zu schließen ... Bei manchen sind die Versagungen, Beschränkungen, Anforderungen außer gewöhnlich hart, so daß es zunächst nicht überrascht, wenn sie den Kompromiß nicht bewältigen."
(Beck 1979, S. 13)

Dörner (1980) geht angesichts der objektiven Beschränkungen und Schwierigkeiten, denen das Subjekt ausgesetzt ist, sogar soweit, das 'Kranksein' als eine letzte Möglichkeit psychischen 'Überlebens' zu beurteilen; als letzten Versuch zur Selbsthilfe in einer "unerträglichen Situation" (Oktober 1980, Psychiatrie-Enquete - nach einem Bericht der TAZ vom 24.10.1980). Die Bedeutung der objektiven Situation in bezug auf psychische Störungen auch und gerade bei Kindern hebt Schmidtchen (1980) hervor; seine Ausführungen der "externalen" Schwierigkeiten, die der neurotischen Problematik als "spezifische Antwort" darauf zugrunde liegen, zeigen, daß diese durchaus G r ü n d e enthalten können (Schmidtchen 1980, S. 68).

Keupp und Rerrich (1982) wählten als ersten Themenbereich des Handbuchs zur "Psychosoziale(n) Praxis" "Belastende Lebensbedingungen und psychisches Leiden" und stellen so die ausschlaggebende Bedeutung der objektiven Gründe für ihre neurotische Bewältigung klar. Als Gründe werden dabei u.a. Entfremdung, Streß, Industriearbeit, Hausarbeit, Schulalltag genannt (vgl. auch die Buchrezension von Kleiber 1982, S. 136 - 139, und von Hutter 1983, S. 92 - 93).

Bornemann (1980a, b) zieht aus seiner Analyse objektiver Gründe, die er als Hauptursachen für psychisches Leiden identifiziert, die schärfste Konsequenz: er spricht dem psychotherapeutischen Bemühen generell jede wirkliche Unterstützungsfunktion für das leidende Subjekt ab (vgl. Bornemann 1980a), S. 19, 1980b).

Selbst aus den psychiatrisch orientierten Beiträgen im Rahmen der klassischen Klassifikation psychischer Störungen - welcher häufig der Vorwurf des 'Krankheitsmythos' gemacht wird - läßt sich der ausschlaggebende Einfluß der realen existentiellen Probleme für gestörte Anpassung entnehmen. So beispielsweise aus der folgenden Stellungnahme, mit der Langen neurotisch gestörtes Erleben und Verhalten charakterisiert als

"Folge einer Traumatisierung, wie Kränkung, Verlust, Gefahr. Abnorm sind sie in bezug auf Dauer und Intensität." (S. 9)
"Es wäre abnorm, wenn solche seelischen R e a k t i o n e n fehlten."
(Langen 1973, S. 10)

Die letzte Aussage beinhaltet, daß die neurotische Reaktion als unmittelbare Reaktion auf die objektive Situation verständlich ist - ihre Erklärung also auch auf diese zurückgreifen muß. Ihre quasi 'krankhafte' Qualität ergibt sich erst aus der Fortdauer dieser Reaktion, wenn es dem Subjekt nicht gelingt, sich 'wieder zu fangen'.

Auch von seiten der GPT gibt es Hinweise auf die ausschlaggebende Bedeutung der objektiven Lebensumstände für psychische Störungen. Diesbezügliche Aussagen finden sich vor allem in Beiträgen, die getrennt von den theoretischen Erklärungskonstrukten unmittelbar beobachtete Phänomene und praktisch auftretende Probleme diskutieren.

Minsel bezieht sich in diesem Zusammenhang nicht nur auf individuelle Sonderschicksale, sondern darüber hinaus auf allgemeine Lebensbedingungen als potentielle Verursacher von neurotischem Erleben und Verhalten (Minsel 1979 a), S. 12). Unter letzteren führt er u.a. die Lebens- und Arbeitsbedingungen des Arbeiters, Konkurrenzzwänge, Lärmbelästigung usw. an.

Seine Ausführungen machen zugleich deutlich, daß das Erleben der Störung als i n d i v i d u e l l e s, psychisches Phänomen nicht heißen muß, daß die G r ü n d e psychologischer Natur sind (ebd., S. 12).

Falbesaner verbindet die Bewertung der objektiven Bedingungen als "Gründe und Hintergründe" für psychoneurotische Störungen (Falbesaner 1978, S. 33) mit dem Vorwurf an die GPT, der äußeren Situation aufgrund eines "übersteigerten Individualismus" (ebd., S. 33) nicht gerecht zu werden.

Diese Art der Kritik, die auch als Selbstkritik seitens der GPT vorgetragen wird (vgl. u.a. Zielke/Seidl/Ernst 1980, S. 99 f.; Minsel 1975, S. 185)³⁾, beruht auf einem spezifischen Merkmal der theoretischen Interpretation neurotischen Erlebens und Verhaltens innerhalb der GPT: Obwohl die unmittelbaren Einsichten in die neurosebedingenden Umstände nahelegen, daß die Wahrnehmung und das Erleben eben dieser Bedingungen dem Leiden zugrunde liegen - und nicht die Leugnung bzw. Verzerrung der Wahrnehmung, Abwehr ihres Erlebens usw. - findet dies noch sehr wenig Niederschlag innerhalb der theoretischen Konzepte selbst: Begründungen der Probleme der Klienten aus einer Inkongruenz zwischen seinen organismischen Erfahrungen und seinem Selbstkonzept bzw. Selbst, das diese Erfahrungen leugnet, ebenso wie die Erklärung aus Defiziten der kognitiven Voraussetzungen zur Identifikation, Differenzierung und Integration der Wahrnehmungen und des Erlebens, legen theoretisch den Grund für psychisch erlebte Probleme in erster Linie ins Subjekt und dessen gestörte Beschaffenheit.

Die Situation tritt dann lediglich hinzu als Bedingung für die Betätigung der mehr oder weniger mangelhaft konstruierten Subjektivität.

So urteilen Biermann-Ratjen, Eckert, Müller, Schacher selbst bei 'Borderline'-Patienten, daß ihre Angst gar nicht Angst vor angstausslösenden Situationen oder Ereignissen sei, sondern bloßer A u s d r u c k von Schuldgefühlen. Die Schuldgefühle wiederum werden auf eine Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus zurückgeführt, so daß das Leiden mit nicht erlebten, abgewehrten Erfahrungen begründet wird (Biermann-Ratjen et al 1980, S. 22; vgl. auch Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 38). Eine Begründung, die durchaus dem allgemeinen Erklärungsprinzip der traditionellen GPT-Konzepte entspricht (vgl. auch Abschn. I.3. der vorliegenden Arbeit).

Diese Tendenz, den Grund für psychisches Leiden in die Erlebens- und Verhaltensvoraussetzungen im Subjekt zu verlegen, ist auch den alternativen Interpretationskonzepten eigen. Übereinstimmend erklären sie neurotisches Erleben (z.B. der Angst, Depression usw.) als Folge entweder fehlender Bedeutungen oder fehlender Organisation und Integration von Bedeutung. Beides wird auf mangelnde bzw. ungenügend differenzierte und strukturierte Regeln und Schemata zurückgeführt (vgl. Wexler u. Rice 1974, S. 22; Wexler 1974, S. 82; Phillip-Dormston 1979, S. 27 f.). Ähnlich begründen auch konflikttheoretische Ansätze in der Regel neurotisches Erleben - etwa Angst - als Folge eines (gelernten) Konfliktes, der im internal motivierten Fall nicht einmal bewußt gegeben ist. Neurotisches Verhalten (Vermeidung) charakterisieren sie entsprechend als das Bemühen, der Angst aus dem Wege zu gehen, so daß das neurotische Problem letztlich auf das Nicht-Erleben der Angst verursachenden Situation zurückgeführt wird. In diesem Sinne referiert Bommert (1982) die konflikttheoretische Begründung (von Martin (1972/1975), Perrez (1975) u.a.) neurotischen Verhaltens als eines das dazu "verhilft, konfliktbesetzte Reize zu vermeiden", so daß die angstauslösenden Reize dem Individuum nicht verfügbar sind (Bommert 1982, S. 51; vgl. auch Martin 1975, S. 82 f.).

Gemeinsam ist also den traditionellen und den alternativen Interpretationen, daß die objektive Situation als Neurose verursachende Bedingung per Definition ausgeschlossen ist, da die theoretische Rückführung der Störung auf die psychische Beschaffenheit des Subjektes beinhaltet, daß die Umwelt als objektiv gegebene gar nicht wirken kann. Sie ist per se als wahrgenommene und erlebte immer schon neurotisch 'verzerrt'.

Derartige Begründungen, die neurotische Leiden durch fehlende oder ungenügende Erfahrungen und Wahrnehmungen erklären und damit auf mangelhafte Voraussetzungen im Subjekt reduzieren, stehen in Gegensatz zu den diskutierten klinischen Beobachtungen. Aus diesen ergibt sich hingegen ein spezifisches Verhältnis von subjektiven Voraussetzungen und objektiven Bedingungen im Erleben: Ausgangspunkt des subjektiven Erlebens ist die objektive Situation, die das Subjekt mit seinen auf die Situation gerichteten Bedürfnissen und Zielen existentiell betrifft (z.B. Alleinsein, Wunschversagungen, Existenzprobleme, Trennung usw.).

Das Subjekt bezieht die Situation auf sich und erlebt sie als eigene subjektive Betroffenheit, vermittelt durch psychische Reaktionen auf die Situation (beispielsweise Angst, Verzweiflung, Überraschung, Befürchtungen usw.).

Dieses Verhältnis zwischen Subjekt und seiner Situation entspricht annähernd Muchiellis Begriff der "Implikation in eine Situation", was gleichbedeutend ist mit "persönlich betroffen sein; 'in' eine bestimmte Situation engagiert sein" (Muchielli 1972, S. 20).

Die Formulierung 'subjektiv erlebte Betroffenheit durch die Situation' soll also zum Ausdruck bringen, daß die Situation und ihre Folgen als *e r l e b t e* bereits psychisch repräsentiert bzw. vermittelt ist, daß jedoch Qualität und Inhalt des unmittelbaren Erlebens zunächst durch die objektive Situation, von der das Subjekt betroffen wird, bestimmt sind. Subjektive Voraussetzungen auf seiten des Individuums hingegen erlangen vor allem reaktiv Geltung in bezug auf die Art und Weise, wie es die erlebte Betroffenheit durch die Situation verarbeitet.

Das Zusammenspiel zwischen beiden Polen im neurotischen Fall ist aus der weiteren Analyse der subjektiv erlebten Betroffenheit durch die objektive Situation zu erklären. Diese

führt zunächst zu einer Differenzierung innerhalb des Phänomens 'Bewußtheit' in zwei unterscheidbare Bewußtheitsmodi.

II.2.3. Die Differenz von Erlebensevidenz und reflexivem Bewußtsein

Im Gegensatz zu den theoretischen Konzepten der GPT, die entweder explizit auf unbewußte Erlebens- und Verhaltensdeterminanten zurückgreifen, oder diese als verleugnerte Erfahrungen unterstellen (vgl. Rogers 1973a)/1981, S. 22; Biermann-Ratjen/Eckert/Müller/Schacher 1980, S. 25; Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 36 - 39; Auckenthaler 1982, S. 138 - 141)⁴⁾, führt die Bestimmung des psychischen Zustandes 'subjektiv erlebte Betroffenheit durch die objektive Situation' zu einer Differenzierung innerhalb des bewußten Erlebens. Sie spezifiziert eine Qualität des unmittelbar bewußten Erlebens, welche abgrenzbar ist vom Bewußtheitszustand, wie er in den GPT-Konzepten definiert ist, und die die Annahme unbewußter Erlebensdeterminanten überflüssig macht: Das unmittelbare Erleben der Betroffenheit des Subjektes durch die Situation hat die Qualität der Bewußtheitsevidenz. Diese beinhaltet, daß das Subjekt seine Situation und seine Betroffenheit durch sie zunächst im Erfahrungsmodus ungebrochener Bewußtheit erlebt. 'Ungebrochen' kennzeichnet dabei eine unmittelbare Identität des Subjektes im Erleben mit sich als Zentrum des Erlebens. Die Selbst- und Situationserfahrung ist in diesem Zustand noch unvermittelt, nicht durch bewußt-reflektierte Stellungnahmen des Ich gebrochen. Nichts desto trotz ist sie als evidentes Erleben voll bewußt gegeben. Kropf (1976) charakterisiert eine solche, die Erlebensunmittelbarkeit auszeichnende Bewußtheitsqualität in Anlehnung an Reiniger (1970, S. 40) als

"Erlebensbewußtheit, deren wir noch vor jeder Reflexion inne sind; ... die noch unaufgeschlossene ... Einheit des Erlebens, seiner unmittelbaren Gegenwart nach."
(Kropf 1976, S. 105)

Dieses unmittelbar evidente Bewußtsein im Zustand ungebrochener Identität des Subjekt mit sich als Zentrum und Quelle des Erlebens ist zu unterscheiden vom bewußten Erlebensbezug des Subjektes - also der Art Bewußtsein, wie es im Rahmen der klientzentrierten Interaktion als Selbstexploration auftritt. Dieses Bewußtsein, in dem sich das Subjekt Zeugnis über seine unmittelbar bewußten Erlebensgehalte gibt, bewegt sich auf einer Art Meta-Ebene der Bewußtheit. Es charakterisiert die reflexive Stellung des Subjektes zu sich selbst als Erlebenden, bei der die unmittelbar 'evident' bewußten Erlebensgehalte Gegenstand der reflexiven Bezugnahme werden. In der Literatur wird dieser Bewußtheitszustand mit der 'symbolischen Repräsentation' des Bewußtseins identifiziert. Unterstellt ist dabei eine Art 'Aufbrechen' der Erlebensidentität und eine 'Doppelung' des Subjektes in dem Sinne, daß bestimmte Subjekt-Funktionen vom Subjekt als das unmittelbare Erlebenszentrum herausgelöst werden, nach außen treten und die Position der Beobachtung und Beurteilung des unmittelbar erfahrenden Selbst einnehmen.

Kropf kennzeichnet dieses Verhältnis des bezugnehmenden Subjekt-Bewußtseins zu seinem evident bewußt gegebenen Erleben als

"... Möglichkeit der Verdoppelung des Ich, zum einen als dem Erlebenden immer eigenes Prädikat, zum anderen als ... Objekt, das doch immer als Subjekt gedacht wird."
(Kropf 1976, S. 105)

An anderer Stelle (Kropf 1982) macht er die Differenz zwischen Erlebensevidenz und reflexivem Bewußtsein deutlich anhand der Gegenüberstellung der Sache, des Gefühls oder des Gedankens und ihrem Begriff:

"Ebensowenig, wie der Stuhl dasselbe ist, wie der Begriff Stuhl, ist die Stimmung hoffnungslos nicht dasselbe wie der Begriff 'hoffnungslos' und die Kognition 'hoffnungslos' ist nicht dasselbe wie der Begriff 'hoffnungslos'." (Kropf 1982, S. 51)

Obwohl im humanwissenschaftlichen Bereich Phänomene des Bewußtseins häufig mit Charakteristiken des reflexiv-bezugnehmenden Bewußtsein assoziiert werden und dieses sicherlich eine Voraussetzung für viele bewußte Ich-Leistungen ist, verweist Kropfs Assoziation einer "Verdoppelung des Ich" - Hübner spricht diesbezüglich von einem "Doppelwesen" aus Erleben und symbolischer Repräsentation (Hübner 1982, S. 42) - darauf, daß die reflexive Bezugnahme zum Gehalt des je gegebenen evidenten Erlebens keine Qualität menschlichen Bewußtseins per se ist.

Gegen die Selbstverständlichkeit, mit der diese Identifikation auch und gerade in den GPT-Konzepten vorgenommen wird, wendet sich Kropf mit der Erinnerung daran, daß es

"... durchaus nicht die Regel (ist), daß im Erleben die eigene Person im Blick ist. Daß alles Erleben *m e i n* Erleben ist, ist (nur) aus reflexiver Sicht richtig". (Kropf 1976, S. 103)

Darüber hinaus deutet er auch die Möglichkeit an, daß bei bestimmten Zusatz-Bedingungen bzw. im Extremfall die reflexiv-bewußte Bezugnahme des 'verdoppelten Ich' schizophren anmutende Qualität annehmen kann.

Was jedoch die nicht schizoide 'Verdoppelung des Ich' in eine unmittelbar erlebendes und ein reflexiv dazu stellungnehmendes Subjekt von der 'Ich-Spaltung' unterscheidet, ist, daß beide Selbst-Aspekte in existentieller Fühlung miteinander bleiben, sich nicht als Fremdes gegenüberstehen. Nach Reininger (1970) handelt es sich um eine 'Aufschließung' der ursprünglichen Erlebensidentität, die - im Unterschied zur schizoiden Spaltung des Ich - nur ein scheinbares 'Heraustreten' des Subjektes aus dem Urerlebnis einschließt;

es findet keine Trennung, sondern eine "intentionale Gegenüberstellung" zwischen Erlebensunmittelbarkeit und reflexiver Subjektivität statt (Reininger 1970, S. 48) .

Auf Basis der begrifflichen Differenzierung der beiden Modi des bewußten Erlebens klärt sich eine Widersprüchlichkeit innerhalb der GPT-Konzepte in bezug auf die Verwendung des Begriffes 'Bewußtheit'/'bewußt': Gemäß der in Anlehnung an Kropf und Reininger getroffenen Unterscheidung hat das mit der Selbstexploration verbundene Erleben die Qualität reflexiv-bezugnehmender Bewußtheit, dessen Bezugsgegenstand das jeweils unmittelbar evidente 'schlichte' Erleben selbst ist. Im Unterschied dazu führt die Identifikation der selbstexplorierenden Reaktion mit Bewußtheit überhaupt (vgl. Rogers 1981, S. 443 f.) und die resultierende Annahme einer einheitlichen Bewußtheitsqualität zu jenem, für GPT-Konzepte charakteristischen Rückgriff auf unbewußte Determinanten des Erlebens: im Verhältnis zum selbstexplorierenden Subjekt-Bewußtsein erhält das bloß gewärtige schlichte Erleben Qualitäten des Nicht-Bewußten.

In bezug auf die theoretischen Konzepte Rogers hat Kropf auf diesen Zusammenhang hingewiesen,

"... daß Rogers das schlichte Erleben nicht faßt und entweder im wissenschaftlichen Konstrukt des Selbst oder des Organismus zu fassen sucht."
(Kropf 1976, S. 79)

Er bezieht sich dabei auf Reininger, der die implizite oder explizierte Unterstellung unbewußter Erlebensqualitäten und -Determinanten auf eine "Verwechslung" des evidenten Erlebensbewußtseins mit reflexivem Bewußtsein zurückführt. (Reininger 1970, S. 23) Deutlich wird diese Bedingtheit des 'GPT-Unbewußten' bei Hübner (1982), der einerseits die Differenz zwischen Erlebensevidenz und Reflexivbewußtsein erkennt, andererseits jedoch nicht als zwei Bewußtheitsqualitäten, so daß er bei Auseinanderfallen der zwei Modi auf Unbewußtes schließt (Hübner 1982, S. 42) .

Konfrontiert mit dem an sich selbst gestellten Anspruch der GPT, unbewußte Kräfte und Erlebensgehalte zu vermeiden und sich ganz das bewußte Erleben 'hier und jetzt' zum Gegenstand zu machen, ergeben sich aus dieser charakteristischen 'Verwechslung' offene Widersprüchlichkeiten in der Verwendung des Begriffes Bewußtsein bzw. bewußt innerhalb der GPT.

So spricht Rogers von "Impulsen" und "Gefühlen", die das Subjekt einerseits "empfindet" und "erfährt", die es aber andererseits nicht ins Bewußtsein dringen lassen kann (Rogers 1981, S. 419).⁵⁾

Die kognitionstheoretischen Bestimmungen bewegen sich in derselben Widersprüchlichkeit, wenn sie neurotisches Erleben und Verhalten auf negierte, nicht verarbeitete Informationen zurückführen, die einerseits wirken, andererseits dem Bewußtsein nicht zugänglich sein sollen (vgl. Wexler 1974 , S. 63, 64; Anderson 1974, S. 42).

Solche Konstrukte unterstellen zunächst - ähnlich der Psychoanalyse - jenseits des bewußten Erlebens zwei quasi unbewußte 'Instanzen', die, dem Bewußtsein vorgelagert, 'intrigieren' und bestimmen, was überhaupt bewußt werden darf. Andererseits jedoch spricht Rogers nie eindeutig von unbewußten Qualitäten und Inhalten. Was dem Bewußtsein nicht zugänglich sein soll - und damit an für sich auch nicht erfahrbar sein kann - sind bei ihm Qualitäten und Inhalte der Erfahrung; ein Widerspruch, den Kropf der logischen Kategorie 'Pleonasmus' zuordnet und dem er die erkenntnistheoretische Grundprämisse entgegenhält, daß der Mensch "bewußt oder gar nicht" (Kropf 1976, S. 77) erlebt.

Grundlage der Widersprüchlichkeit ist die Identifikation von Bewußtheit schlechthin mit dem Erlebensmodus, wie er in der GPT als Selbstexploration auftritt. Gemessen an dieser Quali-

tät des Bewußtseins erscheint dann das explorierte unmittelbare Erleben selbst als jenseits der Selbstexploration nicht bewußtes, daher durch die selbstexplorierende Bezugnahme des Subjektes erst bewußt-werdendes Erleben. Diese Widersprüchlichkeit löst sich mit der Differenzierung in unmittelbar evidenten Erlebensbewußtsein einerseits, reflexiv-beziehende Stellung des Subjektes zu den erlebten Gehalten auf der anderen Seite. Darüber hinaus führt die Unterscheidung der beiden Erlebensqualitäten zu einer Neudefinition des Verhältnisses zwischen emotionalen und kognitiven Erlebensmomenten, die eine genauere Bestimmung der kognitiven Faktoren neurotischen Erlebens und Verhaltens ermöglicht.

II.2.4. Das Verhältnis von emotionalen und kognitiven Momenten im Erleben

Wie im ersten Kapitel ausgeführt, wird die Bestimmung einer kognitiven Tendenz der klientenzentrierten Interaktion unter anderem dadurch erschwert, daß in den bestehenden traditionellen Interpretationskonzepten bereits eine Festlegung erfolgt ist, die kognitive und emotionale Momente polarisierend gegenüberstellt: dem Erleben selbst - und damit dem erlebensmäßigen **I n h a l t** - wird emotional-organismische Qualität zugeordnet. Dem gefühlsmäßig bestimmten Erlebensgehalt werden dann kognitive Elemente als bloß formales Prädikat der selbstexplorativen Reflexion auf die emotionalen Inhalte gegenübergestellt.

Deutlich wird dies bei Huppertz (1983), der explizit Gefühle und Kognitionen in die GPT einbeziehen will. Er ordnet Gefühle dem Gegenwärtigen zu - "was ist?" (S. 27) - und dem "Erleben" (S. 28), während er Kognitionen der Verarbeitung vergangener Erfahrung - "was war?" - zuordnet (S. 28). Im Prinzip dieselbe Polarisierung liegt der Zuteilung der Gefühle resp. Kognition zu verschiedenen Ebenen zugrunde, wie sie beispielsweise Petrossian in Bezug auf

GPT macht. Er setzt dabei "Kognitionen" gleich mit "logischen und rationalen Überlegungen", während der Bereich des unmittelbaren Erlebens auf Gefühle und Körperempfindungen reduziert ist (Petrossian 1983, S. 35). Die Polarisierung zwischen kognitiven und emotionalen Qualitäten und Funktionen beruht also auf einer jeweils ausschließlichen Zuordnung des Prädikates emotional zum unmittelbaren (organismischen) Erleben und dessen Gehalt einerseits und des Prädikates kognitiv zur Leistung der symbolisierenden reflexiven Bezugnahme andererseits.

Im Unterschied dazu führen die bisherigen Bestimmungen - das Erleben der unmittelbaren Betroffenheit des Subjektes durch bestimmte Situationen und die daraus folgende Unterscheidung der zwei Bewußtheitsqualitäten: Erlebensevidenz und Reflexivbewußtsein - nicht zur polarisierenden Zuordnung von Evidenz und emotionalen Qualitäten bzw. Reflexivität und kognitiven Qualitäten. Statt dessen resultiert daraus ein spezifisches Verhältnis von kognitiven und emotionalen Qualitäten auf beiden 'Ebenen' der Bewußtheit:

Zwar ist die reflexiv bewußte Bezugnahme des Subjektes zu seinem unmittelbaren Erleben als Leistung der rationalen Ich-Funktionen immer eine kognitive. In bezug auf Qualität und Gehalt des Erlebens selbst hingegen sind Emotionen und Kognitionen gleichwertige und zusammengehörige Momente. Die unmittelbare Erlebensevidenz im Moment der subjektiv erlebten Betroffenheit schließt emotional-affektives Erleben und kognitives Erleben im Sinne von unmittelbar gegebenen unreflektierten Gedanken, Vorstellungen, Urteilen ein. Ebenso können emotionale und kognitive Erlebensgehalte gleichermaßen zum Gegenstand des reflexiv-bezugnehmenden Bewußtseins werden. Der Zusammengehörigkeit liegt zugrunde, daß die Unterscheidung des bewußten Erlebens in das unmittelbar 'schlichte' Erlebensbewußtsein einerseits, die reflexiv-bewußte Bezugnahme des Subjektes auf die eigenen Erlebensge-

halte auf der anderen Seite, nicht nur für emotional affektives Erleben zutrifft. Auch innerhalb der kognitiven Erlebensdimension gibt es die Unterscheidung in unmittelbar 'schlicht' gedachte, evident gegenwärtige Kognitionen als Qualität und Gehalt des Erlebens einerseits, reflexiver Bezugnahme auf diese erlebten kognitiven Gehalte auf der anderen Seite. Daß die diskutierte Polarisierung nicht zutrifft und die Erlebensevidenz auch Kognitionen einschließt, erweist nicht zuletzt die Umgangssprache. Die Abgrenzung rationaler Überlegungen von Kurzschlußgedanken und -urteilen beruht auf den beiden Weisen des Kognitiven: dem "schlichten Denken", das dem "schlichten Erleben" zuzurechnen ist, und dem "Denken" eines "Gedankens", also der Metareflexion, die das schlicht Gedachte zum eigenen Gegenstand macht (zitiert aus Kropf 1976, S. 90. Dieselbe Unterscheidung liegt seiner Gegenüberstellung der "Kognition" 'hoffnungslos' und dem "Begriff" 'hoffnungslos' (Kropf 1982, S. 51) zugrunde).⁶⁾

Seiler veranschaulicht das selbstreflexive Bewußtsein unmittelbar 'schlicht' gegebener kognitiver Inhalte als "Doppelung" der kognitiven Prozesse in diese selbst und ihre "ausschnittweise Beobachtung" (Seiler 1979, S. 41).⁷⁾ Eine im Kern entsprechende 'Doppel'-Qualität ist auch bei van Quekelberghe und Haselmann (1980) angedeutet. Sie unterscheiden in Anlehnung an Leontjew (1977) "Regulationsebenen des Handelns" und stellen dabei kognitive Prozesse der Art "automatischer Gedanken" den rationalen "situationsbezogenen Überlegungen" gegenüber van Quekelberghe u. Haselmann 1980, S. 136). Die unmittelbare, nicht durch reflexive Bezugnahme 'gebrochene' Identität im Erleben der Betroffenheit, welche das 'schlicht' seine Kognitionen gewahrwerdende Subjekt charakterisiert, ist hier durch die Qualität des 'Automatenhaften' veranschaulicht. Sie wird von den Autoren der "perzeptiv-anschaulichen" Ebene zugeordnet, während die zweite "Regulationsebene" als "intellektuelle und reflexive Ebene" aufgegriffen wird (ebd., S. 136).

Ähnlich wird auch von Schnabel die "intentionale Regulation" einer "perzeptiv-begrifflichen" gegenübergestellt, wobei "perzeptiv" mit "eingeschliffen" assoziiert wird (Schnabel 1983, S. 6).

Ausgehend vom Erleben der unmittelbaren subjektiven Betroffenheit durch die Situation (siehe Abschn. II.2.1) ergibt sich mit der qualitativen Unterscheidung des evidenten Erlebensbewußtseins vom reflexiv bezugnehmenden Bewußtsein zugleich die notwendige Zusammengehörigkeit von emotionalem Erleben und kognitivem Erleben: Im Zustand der ungebrochenen Erlebensevidenz ist die affektiv emotionale Betroffenheit 'automatisch' verknüpft mit unmittelbar unreflektierten Gedanken, Vorstellungen, Befürchtungen usw., die sich das betroffene Subjekt zur es betreffenden Situation macht.

Diese Zusammengehörigkeit ergibt sich als notwendige daraus, daß die Situation und ihre Bedeutung für das Subjekt mit seinen darauf gerichteten Zielen und Bedürfnissen zunächst einen wirklichen G r u n d für die Gefühle und Kognitionen enthalten. Die bewußte Wahrnehmung der Situation in ihrem Bezug auf die Zwecke und Bedürfnisse des Subjektes löst somit unmittelbar psychische Reaktionen aus, die n o t w e n d i g Gefühle und impulsive unreflektierte Kognitionen einschließen.

Die bisherigen Bestimmungen gelten generell für Bewußtsein und Erleben des Subjektes in Situationen der Betroffenheit. Sie formulieren allgemeine Charakteristiken, welche zugleich die Bedingungen einer neurotischen Entwicklung enthalten. Diese allgemeinen - nur potentiell neurosebedingenden - Qualitäten des Bewußtseins und Erlebens des Subjektes werden vor der Analyse ihrer neurotischen Realisierung kurz zusammengefaßt:

1. Subjektives Erleben bezieht sich in der Regel auf eine äußere Situation, die Folgen hat für das erlebende Subjekt, seine Ziele und Bedürfnisse, und die Gründe für seine Betroffenheit enthält. Erleben ist daher zunächst subjektives

Erleben einer unmittelbaren Betroffenheit durch bestimmte objektive Bedingungen.

2. Als ungebrochene Erlebensunmittelbarkeit hat das Betroffenheitserleben die Qualität der Erlebensevidenz. Diese ist vom Erlebensbewußtsein des reflexiv bezugnehmenden Subjektes zu unterscheiden. Reflexivbewußtheit unterstellt ein Aufbrechen der unmittelbaren Erlebensidentität und eine 'Doppelung' des Subjektes, welches als unmittelbar Erlebendes zugleich reflexiv Bezug auf die gewärtigen Gehalte seines Erlebens nimmt.
3. Psychisches Erleben der unmittelbaren Betroffenheit des Subjektes durch bestimmte Situationen schließt emotionale und kognitive Gehalte ein. Die durch die Betroffenheit des Subjektes ausgelösten Gefühle und Affekte und die impulsiven unreflektierten Kognitionen gehören notwendig zusammen. Emotionen und Kognitionen können beide gleichermaßen die Qualität 'schlicht' bewußter Evidenz haben. Ebenso können Emotionen und Kognitionen Gegenstand der reflexiv-bewußten Bezugnahme des Subjektes werden.

II.2.5. Aufbrechen der Erlebensevidenz versus neurotische Kurzgeschlossenheit

Bereits die Aussagen zur Existenz einer sogenannten 'Doppelung' des Ich in ein unmittelbar erlebendes und ein reflexiv darauf bezugnehmendes enthalten der Möglichkeit nach auch die neurotische Entwicklung als Folge des Mißlingens dieser Doppelung. So wurde in den Bestimmungen von Queckelberghe und Haselmann (1980, S. 136) tendenziell das 'schlichte' unmittelbare Erleben mit der Qualität des 'automatischen' assoziiert; demgegenüber wurde das reflexive Bewußtsein den rationalen 'intellektuellen' Funktionen zugeordnet (vgl. auch Seiler 1979, S. 53/54; Phillip-Dormston 1979, S. 94). Diese Assoziation der Erlebensevidenz mit willensunabhängiger Determination legt nahe, daß - unter noch zu bestimmenden

Bedingungen - das schlichte Erleben im Zustand der ungebrochenen Identität des erlebenden Subjektes neurotische Qualität annehmen k a n n.

Sie verweist zugleich auf Situationen und Bedingungen, deren adäquate Bewältigung darauf beruht, daß die Identität im Erleben 'aufgebrochen' wird durch die reflexiv bezugnehmenden Ich-Funktionen.

Obwohl die Konzepte der allgemeinen und der kognitiven Psychologie diese 'intellektuelle Funktion' der Doppelung des Ich häufig als immer schon gegebenes Prädikat bewußter menschlicher Prozesse aufgreifen, ist die Bewußtheitsqualität der reflexiven Bezugnahme des Subjektes zu sich selbst und zum eigenen Erleben an für sich keine selbstverständliche Erlebensweise.

Die Logik der Begriffe - Identität und Doppelung - macht vielmehr deutlich, daß das ungebrochene, 'schlichte' Erleben das erstere, ursprünglichere ist, das keine zusätzliche Ich-Leistung erfordert. Dementsprechend kann es auch keinesfalls als Regel bzw. als 'Normalität' behauptet werden, daß in unproblematischen alltäglichen Situationen der Erlebende und Handelnde zugleich reflexiv Bezug nimmt auf sich, sein Erleben und Handeln. In diesem Fall kann die reflexive Haltung sogar destruktiv wirken - wie es Kropfs Hinweis, daß "normalerweise ... der Nachbar hilfsbereit i s t, und das Wetter miserabel i s t" (Hervorhebung d. Kropf) deutlich macht (Kropf 1976, S. 103, in Anlehnung an Kraft 1960).

Bestimmte Situationen - im wesentlichen solche der Bedürfnisversagung, der Bedrohung angestrebter Ziele, des Verzichts oder aber ungewohnter Leistungsanforderungen usw. - erfordern insofern eine Korrektur der unmittelbar erlebten Betroffenheit, als sie den Bedürfnissen, Wünschen und Zielen des Subjektes in ihrer ursprünglichen Qualität und/oder Quantität keine direkte Befriedigung erlauben.

Verharret das durch derartige Situationen betroffene Subjekt im Zustand der ungebrochenen Erlebensevidenz, hält es also an seinen ersten 'unwillkürlichen' Gefühlsimpulsen und den dazugehörigen unreflektierten Kognitionen fest, so kann dies in Gegensatz zu einer realitätsadäquaten Bewältigung der Situation treten. Denn eine solche, zunächst unlösbar scheinende Betroffenheit kann nur bewältigt werden, wenn das 'Aufbrechen' der unmittelbaren Erlebensidentität gelingt. Das betroffene Subjekt muß sich bzw. seine reflexiven Ich-Funktionen soweit aus der erlebten Betroffenheit lösen, daß die reflexive Selbst- und Erlebensbezugnahme als Voraussetzung für Selbstkontrolle und eine rationale Problembewältigung möglich wird.

In der Umgangssprache finden sich viele 'Fingerzeige' für die angesprochene Differenz zwischen dem 'Identisch-bleiben': in der unmittelbar erlebten Betroffenheit und dem 'Aufbrechen' dieser Identität: jemand kann sich nicht von einem Erlebnis lösen; seine Wut 'geht mit ihm durch'; er kann sich nicht wieder 'fangen', 'verbohrt sich' in Emotionen und Gedanken usw.; umgekehrt: er hat sich wieder 'gefangen', ist wieder von einem Erlebnis 'losgekommen', ist wieder 'Herr seiner selbst', hat sich 'in den Griff bekommen' usw..

Die gelungene Lösung der rationalen reflexiven Subjekt-Funktionen aus der unmittelbar erlebten Betroffenheit hat nicht nur die Konsequenz, daß es dem betroffenen Individuum möglich wird, in die 'Kurzschlußkette' von Erleben der Betroffenheit, Überlegungen und ggf. auch Handeln, korrigierend einzugreifen und so den Möglichkeiten der objektiven Bedingungen entsprechend seine langfristigen Zwecke und Ziele optimal zu verfolgen. Darüber hinaus kann diese selbstreflexive Stellung zu einer größeren T o l e r a n z des Subjektes in bezug auf die eigene Betroffenheit und die Umstände, die es betroffen machen, führen: Durch die mit

Selbstbeobachtung und Selbstreflexion verbundene Distanz zum Erleben kann die eigene Betroffenheit - d.h. die Gefühle und Gedanken - zugleich als solche akzeptiert und in ihrer Heftigkeit bzw. Wirksamkeit relativiert werden: als (bloß) subjektives Erleben, dessen der Betroffene Herr ist, und das er ggf. korrigieren kann.

Umgekehrt enthält das Mißlingen des 'Aufbrechens' in solchen Situationen potentiell neurotische Qualität: Bezugnehmend auf die Bedeutung der Situation für Ausmaß und Intensität des Betroffenheitserlebens hängt das Gelingen oder Mißlingen dieser Leistung des Subjektes von zwei gleichberechtigten Bedingungsklassen ab:

1. Von den Umständen, deren mehr oder weniger befriedigender bzw. versagender Charakter Inhalt, Tönung und Heftigkeit des unmittelbaren Betroffenheitserlebens bestimmt.
2. Von Voraussetzungen auf seiten des Subjektes für die Bewältigung der Betroffenheit. 'Willenskraft', 'Ich-Stärke' u.ä. Begriffe (vgl. Zielke 1979, S. 92 f.) kennzeichnen diese Voraussetzungen. Dazu gehören insbesondere die sozialisationsbedingte Einübung selbstreflektierten Verhaltens und des Verzichtes ebenso wie Fähigkeiten zu und Wissen um alternative Möglichkeiten der Situationsbewältigung.

Gelingt es - als Folge des Zusammenspiels situativer und individueller Faktoren - dem Subjekt nicht, die unmittelbare Erlebensidentität aufzubrechen und sich so weit daraus zu lösen, daß Selbstreflexion und Selbstkontrolle, verbunden mit einer gewissen Selbstrelativierung, möglich wird, so erscheint das unmittelbare Erleben nicht mehr als 'natürliches', 'schlichtes' Erleben. Statt dessen erhält es die Qualität der 'Verstrickung', des 'Gefangenseins' in der eigenen Betroffenheit:

In diesem Zustand bleibt das betroffene Individuum so in seine unmittelbar ausgelösten Gefühle und Kognitionen 'verstrickt'/'verfangen', daß es den Blick für andere Wege zur Realisierung seiner Ziele und Bedürfnisse verliert. Weil die erforderliche Distanz des Subjektes zu seinem Erleben nicht hergestellt werden kann, bleiben die Möglichkeiten der Rückkoppelung und Realitätskontrolle 'verbaut'. Von außen erscheint dann die Selbst- und Fremdwahrnehmung unrealistisch, subjektivistisch verzerrt. Ein solches Verhältnis des Subjektes zu seinen eigenen Gefühlen und Gedanken, ggf. auch Handlungen in der Betroffenheit, wird im folgenden mit dem Begriff 'Kurzgeschlossenheit' gekennzeichnet.

Mit der Gegenüberstellung: selbstreflexive Bezugnahme auf unmittelbar erlebte Betroffenheit einerseits, Kurzgeschlossenheit in der Erlebensidentität andererseits sind zwei Pole des Selbst- und Erlebensbezuges definiert, deren Verhältnis zueinander wesentlich wird für das Verständnis neurotischen Erlebens als Konflikt.

II.2.6. Der neurotische Konflikt zwischen selbstreflexiven Strebungen und Kurzgeschlossenheit im Betroffenheitserleben

Die bisherige Gegenüberstellung von selbstreflexiver Bezugnahme und Kurzgeschlossenheit im Betroffenheitserleben definierte auf begrifflicher Ebene zwei polare Qualitäten des Selbst- und Erlebensbezuges, die entscheidend sind für die Abgrenzung psychischer Fehlanpassung von einer adäquaten Bewältigung belastender Situationen.

Andererseits gibt es weder eine theoretische Notwendigkeit, die begriffliche Polarisierung auf den prinzipiellen Bewußtheitszustand jeweils einer einzelnen Person zu übertragen - dies würde bedeuten, daß sich innerhalb eines Individuums beide Erlebensmöglichkeiten gegenseitig ausschlie-

Ben - noch verweist die klinisch-psychologische Erfahrung auf eine Polarisierung zwischen Reflexionsfähigkeit und Kurzgeschlossenheit.

Die weitere Analyse fordert also eine Bestimmung des V e r h ä l t n i s s e s der beiden Erlebens- bzw. Bewußtheitsqualitäten zueinander: Im Falle der Unfähigkeit, sich aus der unmittelbaren Betroffenheit soweit zu lösen, daß die selbstreflexive Kontrolle und Relativierung des Erlebens und Verhaltens möglich wird, gibt es für den Betroffenen zwei prinzipielle Möglichkeiten:

a) Das Subjekt beharrt auch den weiteren Konsequenzen seines kurzgeschlossenen Erlebens und Verhaltens gegenüber auf seiner Betroffenheit - seiner Wut, Angst; seinen Wünschen und Bedürfnissen. D.h., es macht diese zum a b s o l u t e n Kriterium seines gesamten Erlebens, Verhaltens, seiner Selbst- und Fremdbeurteilungen auch in anderen Situationen. Im Verhältnis zu den selbstreflexiven kontrollierenden Leistungen und Fähigkeiten des Subjektes heißt das, daß diese der Kurzgeschlossenheit restlos untergeordnet sind.

Ist dies der Fall, so erlebt der Betroffene sich und sein Verhalten als schlüssig und - gemessen an seiner Betroffenheit - als realitätsadäquat. Obwohl er von außen - gemessen an einer adäquaten Situationsbewältigung - unrealistisch beurteilt wird und als 'gestört' auffällt, erlebt er sich selbst in keiner Weise als gestört.

Dieses Verhältnis der beiden Pole könnte möglicherweise bei zwangseingewiesenen psychisch gestörten Patienten zutreffen, nicht jedoch im neurotischen Fall, für den charakteristisch ist, daß er freiwillig therapeutische Hilfe sucht (vgl. dazu Abschn. II.2.1.).

b) Eine weitere Möglichkeit ist die nur partielle Beherrschung der rationalen reflexiven Strebungen durch das in der Betroffenheit kurzgeschlossene subjektive Erleben.

In diesem Falle verfügt das Subjekt p r i n z i p i e l l

über die Fähigkeit zur selbstreflexiven, selbstkontrollierenden Erlebensbezugnahme. Lediglich in Situationen, die mit einer außergewöhnlichen subjektiven Betroffenheit verbunden sind, versagt diese Fähigkeit angesichts der Heftigkeit des unmittelbaren Erlebens. I n n e r h a l b dieser Situationen erlebt, denkt und handelt das Subjekt kurzgeschlossen aus der unreflektierten Betroffenheit heraus. A u ß e r h a l b der Situationen - also im Nachhinein, wenn es zu spät ist - gewinnen die selbstreflexiven Strebungen Geltung. Es findet also eine U n g l e i c h z e i t i g k e i t statt zwischen dem unmittelbaren Betroffenheitserleben und der selbstreflexiven, erlebensbezugnehmenden Stellung des Subjektes. Die später einsetzende Selbstreflexion und Selbstkontrolle verliert so jede Wirksamkeit für das Erleben und Verhalten im Moment der erlebten Betroffenheit. Statt dessen resultiert sie in der für Neurotiker typischen Selbstverurteilung, die sich der aktuell unwirksamen, prinzipiell jedoch vorhandenen Selbstkontrolle und Selbstreflexion verdankt.

Die Folge ist der permanente Konflikt des Neurotikers mit sich selbst: der Konflikt zwischen 'eentlichen' Zielen, Urteilen, Einsichten und Absichten des selbstreflexionsfähigen Subjektes und seinem, im Betroffenheitserleben 'kurzgeschlossenen' Fühlen, Denken und ggf. auch Handeln. Die aus diesem permanenten Konflikt resultierende Selbstverurteilung kann so weit gehen, daß das kurzgeschlossene Erleben und Verhalten als fremd abgewiesen wird. Urteile der Art: 'Ich weiß nicht, wie ich das tun konnte'; 'das kann gar nicht ich gewesen sein' sind typische Äußerungen dieser Konsequenz.

Verstärkt wird der Konflikt durch Generalisierungen, die für den Neurotiker Folgesituationen der Betroffenheit erzeugen und ihn unter Belastungen stellen, die einem Außenstehenden häufig uneinsichtig sind.

II.2.7. Generalisierungen des neurotischen Konfliktes

Die zeitliche Verschiebung zwischen dem Zustand des Verstrickt-seins in die unmittelbar erlebte Betroffenheit und der Selbstreflexion und Selbstkontrolle durch das Subjekt, die aus der zeitlichen und psychischen Distanz wirkungslos für das unmittelbare Erleben und Verhalten bleibt, führt zu Generalisierungen. Diese beinhalten Folgesituationen der Betroffenheit des Subjektes und sind mit Folgekonflikten verbunden.

Eine erste Ebene der Generalisierung ergibt sich daraus, daß der Klient bei der Selbstreflexion außerhalb der kurzgeschlossenen Betroffenheit ständig auf die *D i s k r e p a n z* zwischen seinen 'eentlichen' reflektierten Bestrebungen und seinem von der unmittelbaren Betroffenheit 'diktierten' Erleben und Handeln bzw. dessen Konsequenzen gestoßen wird. Dieses Selbsterleben als Person, die 'sich nicht in der Hand' hat, die nicht so handeln kann, wie sie eigentlich möchte, stellt für das Subjekt gewissermaßen eine generalisierte Situation subjektiver Betroffenheit dar. Ist nun der Klient auch unter dieser Belastung unfähig zur selbstreflexiven Distanzierung, Überprüfung und Relativierung, so wird der Teufelskreis der Kurzschlußkette des Erlebens und Verhaltens durch eine generelle Selbstverurteilung verstärkt. Beck bezeichnet diesen Folgekonflikt als 'negative Generalisierung', die er am Beispiel depressiven Erlebens und Verhaltens folgendermaßen veranschaulicht:

"In dem Maße, wie sich die Kettenreaktion zu einer regelrechten Depression ausweitet, entwickeln sich seine (des Klienten, Ü.D.) Selbstzweifel ... zu negativen Generalisierungen über sich selbst."
(Beck 1979, S. 104)

In diesem Sinne findet sich bei Problemschilderungen von seiten neurotischer Klienten das Gefühl der Minderwertigkeit vorwiegend in Verbindung mit dem Erleben der Ohnmacht sich selbst gegenüber.

Auf der Grundlage der generalisierten Selbstabwertung kann es dann so weit kommen, daß für diese Person j e d e soziale Interaktion eine Situation der aversiven persönlichen Betroffenheit darstellt. Unabhängig vom besonderen Charakter der Interaktion kann der Vergleich mit anderen prinzipiell eine Bewährungsprobe daraus machen. Soziale Angst, Kontaktarmut, Rückzug, die wiederum zur Bestärkung des eigenen Selbsturteils führen, können eine Folge dieses aversiven sozialen Vergleichs sein. Auch auf dieser Ebene der Betroffenheit ist die entscheidende Frage, ob es dem Subjekt gelingt, sich aus dem unmittelbaren Selbsterleben so weit zu lösen, daß die distanzierende und relativierende Selbstreflexion wirksam werden kann. Sie schafft den Spielraum, das eigene Denken und Fühlen im Betroffenheitserleben zu prüfen und ggf. zu korrigieren oder auf andere Gegenstände zu richten.

Diese analytisch getrennten Ebenen der Betroffenheit bzw. des neurotischen Konfliktes stehen infolge ihres inneren Zusammenhanges in der Regel in enger Wechselwirkung: die Vorwegnahme des Scheiterns der Selbstkontrolle und das Selbsturteil, in jeder Hinsicht ein Versager zu sein, verstärkt die Heftigkeit der Betroffenheit durch die ursprüngliche Situation und die Ohnmacht ihr gegenüber und umgekehrt.

Für den Neurotiker kennzeichnend bleibt jedoch, daß es Situationen außerhalb der Betroffenheit gibt, in denen seine selbstreflexiven Funktionen Geltung erlangen; - im Unterschied etwa zum psychiatrisch Depressiven, dessen generalisierende Selbstverurteilung so total ist, daß er den 'Schluß' zieht, sich selbst zu zerstören.

Der Vergleich der beiden prinzipiellen Möglichkeiten - totale versus partielle 'Kurzgeschlossenheit' - macht somit augenscheinlich, daß es vom Charakter des Erlebens her einen Grund dafür gibt, daß freiwillige Psychotherapieklienten in der Regel unter neurotischen Störungen leiden: Im Unterschied zu Personen, die sich im Erleben, Denken und Handeln vollständig von ihrer unmittelbaren Betroffenheit leiten lassen, wird der Konflikt des neurotischen Klienten, sein ständiges 'In-Hader-mit-sich-selbst-sein', ggf. Anlaß, sich im Kampf des reflexiven Ich gegen das kurzgeschlossene Erleben und Handeln therapeutische Hilfe zu suchen.

Das Modell neurotischen Erlebens als Konflikt zwischen der Kurzgeschlossenheit des Subjektes in der unmittelbar erlebten Betroffenheit und seinen selbstreflexiven Funktionen außerhalb des Betroffenheitserlebens hat also Gültigkeit insofern, als es den Ausgangspunkt der Analyse, die Besonderheit neurotischer Klienten, zu erklären vermag. Auf die Bestimmungen des neurotischen Konfliktes muß sich deshalb das Modell der Therapie und ihrer Wirksamkeit beziehen, das in Abschnitt II.3. im Anschluß an die Zusammenfassung des Neurosemodells und eine Diskussion des neurotischen Konfliktes im Verhältnis zu den GPT-Konzepten abgeleitet wird.

II.2.8. Zusammenfassung des neurotischen Konfliktes

Das 'typisch' neurotische Zustandsbild des Klienten, der im 'Hader mit sich selbst' liegend zu seinen Gefühlen, Gedanken und auch Handlungen nicht stehen kann und doch machtlos dagegen ist, verweist auf den Konflikt zwischen zwei Qualitäten des Selbst- und Erlebensbezuges bzw. zwei Bewußtheitsweisen innerhalb einer Person. Dieser Konflikt kann sich unter bestimmten Bedingungen aus der dem Bewußtsein eigenen Unterscheidung des reflexiv bezugnehmenden Bewußtseins vom Evidenzbewußtsein entwickeln. Charakteristisch für die neurotische Entwicklung des Selbst- und Erlebensbezugs sind folgende Momente:

1. Es gibt Situationen, die einerseits sehr heftiges Betroffenenheitserleben auslösen, andererseits eine direkte Befriedigung der aus der Betroffenenheit resultierenden Bedürfnisse und Ziele versagen. Die Bewältigung solcher Situationen setzt voraus, daß sich das Subjekt aus der unmittelbaren Erlebensidentität löst und reflexiv Bezug nimmt auf sich und seine Betroffenenheit. Die selbstreflexive Bezugnahme kann sich dabei auf unmittelbar emotional-affektives Erleben und auf 'schlichte' unreflektierte kognitive Erlebensgehalte (Gedanken, Urteile, Vorstellungen, Befürchtungen ...) gleichermaßen beziehen.
2. In Situationen, die Selbstreflexion und Selbstkontrolle zu ihrer Bewältigung erfordern, gewinnt die Unfähigkeit, sich aus dem unmittelbaren 'schlichten' Erleben zu lösen, potentiell neurotischen Charakter.
Das Erleben erhält dann die Qualität des 'Verstricktseins' in die unmittelbar erlebte Betroffenenheit. Charakteristisch dafür ist, daß das betroffene Subjekt unmittelbar aus der Betroffenenheit heraus fühlt, denkt und ggf. auch handelt. Es kommt zur Kurzgeschlossenheit, die eine notwendige Zusammengehörigkeit von emotionalen und kognitiven Erlebens- und Verhaltensdeterminanten herstellt.
3. Selbstreflexive Funktionen und die zur Selbstkontrolle bzw. Realitätsprüfung erforderliche Distanzierung sind innerhalb dieser Kurzgeschlossenheit außer Kraft gesetzt. Sie erlangen erst in zeitlicher und erlebensmäßiger Distanz zur unmittelbaren Betroffenenheit Geltung und bleiben aufgrund der Ungleichzeitigkeit unwirksam für das Erleben und Handeln im Moment der Betroffenenheit. Dieses und/oder seine Konsequenzen treten in Gegensatz zu den reflektierten rationalen Urteilen und Einsichten des Subjektes und verhindern eine adäquate Realisierung seiner Ziele aufgrund der gestörten Ziel-Mittel-Relation.
4. Das Subjekt erlebt den Gegensatz außerhalb des unmittelbaren Betroffenenheitserlebens als Konflikt zwischen seinem

eigentlichen Willen, seinen Einsichten, Entschlüssen und Urteilen und dem Fühlen, Denken und Handeln im Moment der Betroffenheit selbst. Es erlebt sich ohnmächtig dem eigenen Fühlen und Denken gegenüber, welches als nicht wirklich zu ihm als Subjekt gehörig abgewiesen wird. Aus dem Ohnmachtserleben und der Selbstverurteilung können sich generalisierte Folgesituationen der Betroffenheit und damit verbundene Folgekonflikte ergeben, die die ursprüngliche Betroffenheit und die Kurzgeschlossenheit verstärken.

5. Der neurotisch konflikthafte Selbst- und Erlebensbezug kann sich auf emotionale und auf kognitive Momente der Erlebensunmittelbarkeit beziehen. Deren Zusammenwirken zur neurotischen 'Kurzschluß-Kette' beinhaltet zugleich ihre notwendige Zusammengehörigkeit als gleichwertige Bestimmungsmomente des neurotischen Konfliktes. Dieses Verhältnis zwischen emotionalen und kognitiven Erlebensmomenten im neurotischen Konflikt ist wesentlich für die Konzeption eines GPT-Modells, das eine gefühlswertorientierte und eine kognitiv orientierte klientenwertorientierte Interaktion als zwei gleichwertige Alternativen begründet.

Der neurotische Konflikt, wie er durch das Modell konzipiert ist, weicht in wesentlichen Bestimmungen von anderen Auffassungen seitens der GPT ab. Vor der Entwicklung eines Modells der GPT, das sich auf das Neurosemodell bezieht, werden deshalb die GPT-Interpretationen neurotischer Störungen diskutiert und die Abweichungen geklärt.

II.2.9. Diskussion des neurotischen Konfliktes in der Praxis und in den GPT-Interpretationen

II.2.9.0. Vorbemerkungen

Durch die Bestimmungen des neurotischen Konfliktes zwischen reflexiver Bezugnahme und kurzgeschlossenem Betroffenheits-erleben sind Beobachtungen im Rahmen der klinisch-psychologischen Praxis erklärbar, die als Phänomen bekannt sind. Für die Diskussion des neurotischen Konfliktes in der Praxis sind deshalb vor allem Beiträge von Interesse, die, relativ frei von den theoretischen Konzepten irgendeiner Therapie-schule, eher beschreibend systematisieren.

Durch die GPT-Interpretationen erfährt der neurotische Konflikt bereits eine gewisse Idealisierung, die teilweise zu Widersprüchen führt. Wie die Diskussionen der Interpretationen zeigen wird, gehen jedoch auch und gerade die GPT-Darstellungen von einem Konflikt als ihren beschreibungsmäßigen phänomenalen Ausgangspunkt aus. Insofern dieser Konflikt anhand des vorliegenden Konfliktmodells begreifbar ist, lassen sich auch anscheinende Widersprüche auflösen.

II.2.9.1. Der neurotische Konflikt in der therapeutischen Praxis

Eine sehr genaue und detaillierte Bestandsaufnahme seiner Beobachtungen liefert Beck (1979), der in seinem Bericht explizit nicht theoretisch interpretieren will, sondern seine "Wahrnehmung" der Neurose beschreibend systematisiert (Beck 1979, aus dem Buchtitel). Er erkennt im Laufe seiner klinischen Arbeit als wesentliches Merkmal der "Mitmenschen, die fähig sind, ihr Leben zu meistern", daß sie "während eines Teils ihres Lebens ihre Gefühle und Gedanken und Handlungen kontrollieren" (Beck 1979, S. 34).

Im Gegensatz dazu beobachtet er an seinen neurotischen Klienten, daß diese Gedanken mit und in sich führen, auf die sie "nicht speziell achten" (a.a.O., S. 43). Beck bezeichnet diese Gedanken als "automatische Gedanken":

"Merkmale der Gedanken sind, daß sie ... nicht das Ergebnis von Reflexionen sind ... sie 'liefen einfach ab' ... quasi reflexartig ...
die Patienten neigten dazu, diese Gedanken erst mal als plausibel anzusehen ..." (S. 34)
"Diese Gedanken standen in enger Beziehung mit den Problemen. Meist gingen diesen Gedanken Gefühlsregungen voraus." (S. 35)
"Die Kognitionen des Klienten und seine Gefühle bildeten einen Teufelskreis: der Gedanke verstärkt die Angst." (S. 86)
"Wenn der Schaden groß genug ist, kommt eine Kettenreaktion in Gang ..." (S. 104)
"Wie eine Sturzflut wird der Denkinhalt des Depressiven vom Pessimismus überschwemmt." (S. 100)

Diese Aussagen von seiten eines Vertreters der kognitiven Therapie sollen hier nicht als Hinweis auf bessere Erklärungsstrukturen einer anderen Schule dienen. Von Interesse sind sie vielmehr als phänomenale Beobachtung⁸⁾, deren Begründung auf die beiden Pole: 'Kurzgeschlossenheit in der Erlebensidentität' versus 'reflexiv-kontrollierendes Aufbrechen der Erlebensunmittelbarkeit' verweist.

Darüber hinaus zeigen Becks Beobachtungen die notwendige Zusammengehörigkeit kognitiver und emotionaler Erlebensqualitäten - auch und gerade im potentiell neurotischen Zustand der kurzgeschlossenen Erlebensidentität -, die eine weitere wichtige Konsequenz haben kann: Ohne reflexive Unterbrechung führt die gegenseitige Beeinflussung der emotionalen und kognitiven Erlebensmomente zu einer Art 'Aufschaukelung' der Betroffenenheit.

Weiter beobachtet Beck bei den Klienten als typisches Merkmal eine Diskrepanz, die das Subjekt innerhalb des eigenen Willens erfährt:

"Er kann nicht genügend W i l l e n s k r a f t aufbringen, zu tun, was er für nötig hält."
(Beck 1979, S. 101)

Zugrunde liegt der Diskrepanz eine Differenz zwischen Einsichten und Zielen des reflexionsfähigen Subjektes außerhalb der Betroffenheit und seinem kurzgeschlossenen Erleben, Denken und Handeln im Betroffenheitserleben. Kern der Differenz ist eine Ungleichzeitigkeit zwischen den beiden Erlebenspolen, wie dies bei Becks Beobachtungen an phobischen Klienten zum Ausdruck kommt. Er charakterisiert die neurotische Angst als

"... Furcht vor einer Situation in einem Maße, das - nach eigener rationaler Einschätzung der Person, wenn sie sich a u ß e r h a l b der Situation (Hervorhebung, U.D.) befindet - gegenüber dem Grad der tatsächlichen Bedrohung unverhältnismäßig groß ist."
(Beck 1979, S. 159)

Langen diskutiert in diesem Sinne die neurotische Angst als eine "fixierte Angst"; d.h. eine Angst, die unmittelbar einsichtig ist und nur aufgrund ihrer Andauer neurotische Qualität annimmt. Er führt dies darauf zurück, daß

"... die Befallenen sich von der ängstlichen Empfindung n i c h t a b l ö s e n können (Hervorhebung, U.D.), obwohl sie 'das Widersinnige einsehen'. "
(Langen 1973, S. 65)

Allerdings thematisiert Langen nicht die U n g l e i c h z e i t i g k e i t zwischen Angsterleben und Einsicht in das 'Widersinnige', die wegen dieser Ungleichzeitigkeit wirkungslos bleibt. Der Konflikt bleibt so auf der phänomenalen Ebene als bloßer Widerspruch innerhalb des Willens und Bewußtseins des Subjektes stehen.

Von seiten der Verhaltenstherapie (VT) werden klinische Beobachtungen berichtet, die ebenfalls Hinweise auf die ausschlaggebende Bedeutung der beiden Pole des Selbst- und Erlebensbe-

zuges enthalten, - nicht nur für emotionales und kognitives Erleben, sondern auch für das Verhalten des Subjektes und dessen therapeutische Beeinflussung. So zentriert sich die Diskussion der Bedeutung der S e l b s t k o n t r o l l e und -steuerung im wesentlichen um die selbstreflexiven Fähigkeiten des Subjektes in Gegenüberstellung zu Erlebenszuständen, die 'automatisch' und 'kurzgeschlossen' anmuten.⁹⁾

Fliegel, Gröger, Schulte, Sorgatz betonen diesbezüglich die Rolle der Selbstinstruktion als ein Mittel, "Verhaltensketten zu unterbrechen" (Fliegel et al 1981, S. 200). Sie unterscheiden "Selbstregulation" (nach Thorensen und Coates 1976) "zur Bezeichnung automatisch ablaufender Regulationsprozesse ... unwillkürlicher Mechanismen ..." (Fliegel et al 1981, S. 200) von der "Selbststeuerung" (nach Förster und Wewetzer 1973, S. 7). Letztere charakterisieren sie als "Einwirkung des Menschen auf sein eigenes Handeln" (Fliegel et al 1981, S. 200) im Sinne eines Problemlösungsprozesses, dessen ausschlaggebendes Merkmal ein "Selbst" als das "reflexive Subjekt" ist (ebd., S. 58).

Dem Aufbau dieser reflexiven Grundfähigkeit messen die Autoren vorrangige Bedeutung zu gegenüber der Modifikation einzelner Verhaltensweisen. Ebenso gewinnt die fehlende reflexiv-selbstkontrollierende Fähigkeit für die Diagnose neurotischer Störungen an Bedeutung gegenüber der Analyse einzelner Verhaltensketten.

In Übereinstimmung damit hat Hartig bereits 1973 für die Verhaltenstherapeutische Praxis

"den Einbezug eines bewußtseinsfähigen Individuums, das sich zum Objekt nehmen und den Ablauf der Dinge entscheidend beeinflussen kann"
(Hartig 1973, S. 16)

gefordert.

Hartigs Gleichsetzung des 'Sich-selbst-zum-Objekt-nehmen' mit 'Bewußtseinsfähigkeit' per se verweist darauf, daß die Verhaltenstherapie auf theoretischer Ebene derselben 'Verwechslung' des Evidenzerlebens mit reflexiver Bezugnahme unterliegt, wie die GPT-Konstrukte (vgl. Abschn. II.2.3.). Diese Verwechslung resultiert darin, daß letztlich neurotisches Erleben auf einen Mangel, ein Zuwenig an bewußtem Erleben zurückgeführt wird.¹⁰⁾

Die Unterscheidung der beiden polaren Erlebens- und Bewußtheitsmodi hingegen beinhaltet das Gegenteil: Nicht der Mangel, sondern die H e f t i g k e i t der unmittelbar bewußt erlebten Betroffenheit ist es, die die D i s t a n z i e - r u n g vom bzw. Lösung aus dem kurzgeschlossenen Betroffenheitserleben verhindert und so die Bewältigung der belastenden Situation erschwert. Qualitäten und Anmutungen des Nicht-Bewußten erhält das Erleben nur dem Anschein nach für den von außen betrachtenden Beobachter.

Diesbezüglich ist eine Beobachtung von Rush et al interessant, die diese an depressiven Klienten machten: Was dort oberflächlich, aus der Position des Beobachters als unwillkürliches - quasi gegen das Bewußtsein und den Willen determiniertes - Verhalten erschien, stellte sich unter sorgfältiger Selbstbeobachtung der Klienten als durchaus bewußt heraus: als Resultat kurzgeschlossener Überlegungen und Entscheidungen aus der ungebrochen erlebten Betroffenheit heraus (Rush et al 1975, S. 398 - 400). Dasselbe gilt auch für Begründungen neurotischen Erlebens als F o l g e irrational verzerrter Wahrnehmungen.

Verzerrt und irrational erscheint die Wahrnehmung nur dem äußerlich vergleichenden Betrachter, der sie an den Standards der reflexiv-bewußten Rationalität mißt. Als unreflektierte unmittelbare Wahrnehmung des Subjektes im Moment der Betroffenheit hat sie durchaus eine ihr eigene Rationalität und Realität. So gelangt Beck als Resultat seiner klinischen Be-

obachtungen zur grundsätzlichen Infragestellung des verbreiteten Urteils, neurotisches Erleben sei Ausdruck einer realitätsfernen, verarmten Wahrnehmung und Erfahrung:

"Klinische Erfahrungen zeigen, daß z.B. die Furcht, an der die Patienten leiden, um so weniger einer vernünftigen Basis zu entbehren scheint, je mehr wir über die Umwelt des Klienten erfahren ... Erhalten wir dann ein Bild irrealer Angst, losgelöst von aller Gefahr? Ganz im Gegenteil."
(Beck 1979, S. 121)

Deutschmann und Meurer heben hervor, daß dies nicht nur für Affekte und Emotionen gilt, sondern auch für kognitive Momente des Betroffenheitserlebens. Sie betonen sowohl die Bedeutung "scheinbar fehlangepaßter Gedanken oder innere(r) Selbstverbalisationen" (Deutschmann u. Meurer 1980, S. 91) für neurotisches Verhalten und Erleben, als auch deren unmittelbare Rationalität - als "angemessene Reaktion" auf bestimmte "Situationen" (S. 91) - im Moment der Betroffenheit.

Andererseits ist jedoch diese, im E r l e b e n der belastenden 'Situation' enthaltene Rationalität häufig nicht nur dem äußeren Beobachter verborgen. Der Anschein des Irrationalen, 'unbewußt' aufgezwungenen Erlebens existiert häufig auch für den Klienten selbst, der die verborgene Rationalität erst durch eine 'sorgfältige Selbstbeobachtung' (Rush et al 1975, S. 398 - 400) aufdecken muß.

Erlärbare ist dieses eigentümliche Phänomen durch den neurotischen Konflikt zwischen dem kurzgeschlossenen kognitiven und emotionalen Erleben im Moment der Betroffenheit und den reflexiven Strebungen des Subjektes, die sich außerhalb der kritischen Situation selbstverurteilend Geltung verschaffen. Die Selbstverurteilung kann bis zur Selbstverleugnung gehen, die das eigene Erleben und Handeln als nicht zur Person gehörig abweist.

Von seiten der GPT sind in diesem Zusammenhang die Darstellungen von Muchielli aufschlußreich. Selbst Vertreter der Klientenzentrierten Praxis bezieht er sich relativ frei von den allgemeinen theoretischen Begriffen auf seine Erfahrungen und Beobachtungen bei der Arbeit mit neurotischen Klienten. Er beschreibt das

"Situationsbewußtsein des Klienten ohne Beratung":

"Der Klient sieht das Problem

a) er empfindet als einziger das Ausmaß und die Tragweite der Situation.

b) er ist in die Situation v e r h a f t e t und k a n n n i c h t die für Objektivität nötige D i s t a n z gewinnen ...

Er hat das Gefühl, die Situation zu kennen und tatsächlich kennt er sie viel besser als jeder andere, er ist aber zugleich ihr G e f a n g e n e r." (Hervorhebungen, U.D.) (Muchielli 1972, S. 52)

Was Muchielli hier bildhaft darstellt - ein Wissen über die Situation, das nicht praktisch werden kann, weil das Subjekt zugleich "Gefangener" in der Situation ist - kann durch die Gegenüberstellung von reflexiver Stellung des Subjekts zum eigenen Erleben und Kurzgeschlossenheit in der unmittelbar erlebten Betroffenheit durch die 'Situation' begründet werden. Die Veranschaulichungen des 'Verhaftet-/ Gefangen - Seins' bringen die Unfähigkeit des Subjektes zum Ausdruck, sich aus dem Betroffenheitserleben zu lösen und dieses zum Gegenstand der selbstreflexiven Stellungnahme zu machen: letzteres ist durch die Momente der "Objektivität" und "Distanz" zum Erleben charakterisiert, die im neurotischen Fall fehlen.

Die dargestellten Beobachtungen neurotisch konflikthaften Erlebens und Verhaltens sind in der Regel der Ausgangspunkt für theoretische Interpretationen, sowohl im Rahmen der kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie, als auch in der GPT. Deren Interpretationen des neurotischen Konfliktes werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

II.2.9.2. Der neurotische Konflikt in den GPT-Interpretationen

Die theoretische Unvoreingenommenheit der diskutierten Neurose-Darstellungen ist in der klinisch-psychologischen Literatur keineswegs die Regel. Häufig werden, ausgehend von den beobachteten Erscheinungen, bereits Interpretationen in Begriffen der jeweiligen theoretischen Konzepte angeboten, die tendenziell zur Idealisierung des Charakters des Konfliktes beitragen.

Auf die interpretatorischen Idealisierungen des Konfliktes im Rahmen der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse möchte ich hier nur verweisen: so wird in der VT durch die Konstruktion eines Konfliktes zwischen 'regelgesteuertem Verhalten' und 'reizgesteuertem Verhalten' aus dem neurotischen Konflikt innerhalb des Bewußtseins ein Konflikt zwischen bewußten (regelgesteuert) und nicht bewußten (reizausgelöst) subjektiven Faktoren (vgl. dazu Kraiker 1974, S. 435 - 451; Hartig 1973, S. 9; Fliegel/Kröger/Schulte/Sorgatz 1981, S. 184 - S. 200). In der Psychoanalyse wird der störende Konfliktpol direkt als Unbewußtes gekennzeichnet (vgl. dazu Freud 1950).

Von seiten der GPT verweisen diesbezügliche Aussagen auf die Existenz des charakteristischen neurotischen Konfliktes als beobachtungs- und beschreibungsmäßiger **A u s g a n g s - p u n k t** von teilweise idealisierenden, dem jeweiligen theoretischen Konzept entsprechenden **I n t e r p r e t a t i o n e n**:

Bereits die allgemeine Bezugnahme auf psychisch gestörtes Erleben als **I n k o n g r u e n z** im Erleben zeugt davon, daß der neurotische Konflikt einer Person mit sich selbst eine ganz hervorragende Rolle spielt innerhalb der GPT - praktisch und als Ausgangspunkt der theoretischen Konzeption. So finden sich auch - getrennt von der theoretischen Interpretation - in den Darstellungen häufig beschreibungsmäßige

Charakterisierungen der Problematik bei psychoneurotischen Klienten, die dem hier diskutierten neurotischen Konflikt sehr nahe kommen. Das Moment des Unverständnisses des Klienten dem eigenen Erleben und Verhalten gegenüber - das 'Ich-wollte-es-nicht-tun, aber-ich-tat-es', 'Ich-weiß-nicht-warum', 'Habe-das-Gefühl-nicht-unter-Kontrolle' (Wild 1975, S. 96), das 'Uneins ... mit-sich-selbst'-Sein (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 9) gilt seit Rogers als d e r Ausdruck fehlender Selbstkongruenz (vgl. Rogers 1981/51, S. 439 - 440).

Zugleich deutet die Interpretation dieser konfliktbehafteten Stellung einer Person zu sich selbst als Inkongruenz zwischen dem O r g a n i s m u s und seinen Erlebenspotentialen einerseits, dem realisierten Erleben des Subjektes (Selbst, Ich) auf der anderen Seite, Idealisierungen an, die der neurotische Konflikt durch seine Interpretation erfährt:

Das Befremden und Unverständnis in bezug auf eigenes Erleben und Verhalten im Moment der Betroffenheit wird den Konzepten Rogers' entsprechend interpretiert als Ausdruck der Abwehr und/oder Verzerrung von organismischen Erfahrungen durch das Selbst, weil dieses sich bedroht fühlt - oder auch umgekehrt, als Abwehr durch den Organismus, der sich bedroht fühlt.¹¹⁾

D.h., es wird letztlich darauf zurückgeführt, daß Erfahrungen n i c h t bzw. nicht vollständig gemacht werden.

So hat Tausch eine - für neurotisch Leidende typische - Beobachtung zu seinem Ausgangspunkt: daß die Klienten unfähig seien zur

"...Verwirklichung eines Verhaltens, zu dem der Klient grundsätzlich und in anderen Situationen fähig ist, und das er auch anstrebt."
(Tausch 1970, S. 38)

Er spricht davon, daß neurotische Störungen nicht "auf einem grundsätzlichen Ausfall seelischer und körperlicher Funktio-

nen" beruhen und daß sie "früher nicht bestanden und/oder daß sie unter bestimmten Bedingungen nicht auftreten" (Tausch 1979, S. 13).

In dieser Beobachtung stimmt er überein mit Rogers' Beschreibung eines typischen Merkmals psychischer Fehlanpassung:

"... in zahlreichen Fällen von psychischer Fehlanpassung ist einer der Gründe für die Besorgnis auf seiten des Individuums, daß bestimmte Arten von Verhalten außerhalb seiner Kontrolle oder der Möglichkeit seiner Kontrolle stattfinden. 'Ich weiß nicht, warum ich es tue. Ich will es nicht tun, aber ich tue es trotzdem' ist eine sattem bekannte Art von Feststellung. Ebenso die Ansichten: ... 'Ich wußte nicht, was ich tat' oder 'ich habe keinerlei Kontrolle über diese Reaktionen.'"

(Rogers 1981, S. 439/440)

Beide - Rogers und Tausch - überführen diese Beobachtungen in eine Interpretation gemäß den Rogers'schen Konzepten, welche den phänomenalen Konflikt zwischen dem tatsächlichen Erleben und Verhalten im Moment der Betroffenheit und einem 'eigentlichen' Wissen und Wollen gar nicht als Konflikt des Subjektes selbst mit sich, sondern als einen zwischen Organismus - der 'sich verhält' und 'befriedigt' - und Selbst (-konzept) begreift (Rogers 1981, S. 400) .

Demselben Prinzip folgt Minsels Begründung seiner klinischen Beobachtung, daß neurotische Klienten in "Notsituationen" spontan auf eine Art und Weise reagieren, zu der sie im Nachhinein nicht stehen. Diese Handlungen führt er darauf zurück, daß der "Organismus gar nicht anders kann" (Minsel 1979 a), S. 21; vgl. auch Wild 1975, S. 68) .

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz schildern aus ihren Erfahrungen ein typisches Symptom, welches die Ohnmacht des reflexiv bewußten Subjektes seinem eigenen Erleben - von den Autoren mit 'Gefühle' identifiziert - gegenüber zum Inhalt hat; daß der dieses "als etwas (betrachtet), das er nicht im

Griff hat, und das sich außerhalb seiner Kontrolle in ihm breit macht" (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 105). Ihre Begründung dieses Symptoms setzt jedoch die eine Seite des Konfliktes - die reflexive Beurteilung des Erlebens aus der zeitlichen und psychischen Distanz - damit gleich, daß die Erfahrung selbst im unmittelbaren Moment "starr" sei (ebd., S. 104). Die Qualität des Konflikthaften i n n e r h a l b des Erlebens geht so verloren. An seine Stelle tritt der interpretierte 'eigentliche' Konflikt zwischen Merkmalen des Erlebens, wie es ist (starr und verzerrt) zu dem, wie es im Ideal sein sollte (flexibel, fließend, offen) (vgl. auch Biermann-Ratjen et al 1980a, b); Schachner et al 1983 u.a.). Hübner bezieht sich auf Biermann-Ratjen et al's Bestimmungen als Ausdruck eines "Paradigmenwechsels" in der GPT (Hübner 1982, S. 40 - 44); er expliziert dabei die unterstellte Gleichsetzung von Bewußtheit mit Selbstreflexivität - der Qualität des empathischen bzw. selbstexplorierenden Bewußtseins - in sprachanalytischen Begriffen: Demnach gibt es "psychische Zustände" "als bewußte ... nur, i n d e m sie wortsprachlich geäußert werden" (S. 41). Konsequenterweise stellt sich ihm die Gleichzeitigkeit von Erleben und reflexiver Bezugnahme als per Definition dem Bewußtsein eigene Qualität dar, so daß alle n i c h t reflexiv aufgenommenen Momente der Erlebensevidenz ebenso dem Unbewußten zugeschlagen werden, wie die Begriffe für Erlebensmomente, die nicht aktuell erlebt werden (Hübner 1982, S. 42).

Dementsprechend beinhaltet der 'Paradigmenwechsel' ein verstärktes Abrücken der GPT von der Verpflichtung, nur das Hier- und Jetzt-Erleben aufzugreifen und n i c h t zu interpretieren (ebd., S. 40 - 44; vgl. auch Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 36 - 39).

Interpretationen von seiten der kognitiven informationstheoretischen Erklärungsansätze beziehen sich in der Regel auf ähnliche typische Phänomene. Ihre Betonung der mangelnden

oder inadäquaten Verarbeitung von Informationen durch das kognitiv funktionierende Subjekt verweist implizit auf die Bedeutung des Versagens der selbstreflexiven und selbstkontrollierenden Funktionen des rationalen Ich.

Indem die mangelhafte Informationsverarbeitung jedoch auf eine *A b w e h r* von Informationen aus dem Bewußtsein, auf den selektiven Ausschluß und die Verleugnung von Informationen und/oder auf *p r i n z i p i e l l e* Defizite der kognitiven Fähigkeiten und Voraussetzungen zurückgeführt wird, enthält auch ihre Interpretation eine tendenzielle Idealisierung, die dem vom neurotisch Leidenden wirklich erlebten Konflikt nicht gerecht wird.

So charakterisiert Wexler als typisch neurotische Erlebensweisen den "rigid mode" und den "disordered mode", die er auf Defizite der kognitiven Erfahrungsverarbeitung des Subjektes zurückführt, welche im einen Fall zu einem *M a n g e l* an Erfahrung, im anderen Fall zu einem *Z u v i e l* an Erfahrung führt (Wexler 1974, S. 88).¹²⁾ Diese zunächst quantitativen Merkmale des Erlebens erhalten neurotische, Leiden verursachende Qualität dadurch, daß sie in Bezug gesetzt werden zum Bedürfnis des Organismus nach *v i e l* und/oder *o r g a n i s i e r t e r* Information, also auf einen an sich unbestimmbaren Idealzustand (ebd., S. 76). D.h., auch diese Art der Formulierung des Problems spricht das Moment des Konflikthaften an, welches dem neurotischen Leiden zugrunde liegt. Jedoch so, daß der wirklich erlebte Konflikt aufgrund von wirklich erlebten subjektiven Erfahrungen bloßer Ausdruck eines eigentlichen Konfliktes zwischen der Erfahrung (sverarbeitung) und dem organismischen Ideal ist.

Konflikttheoretische Interpretationen nehmen den konflikthaften Charakter des neurotischen Erlebens und Verhaltens direkt in die Bezeichnung ihres Konzeptes auf. Als bedeutsam für das neurotische Leiden heben sie den 'internal motivier-

ten' Konflikt hervor, dessen Wesen sei, daß die Konfliktmomente - das ambivalente Ziel - gar nicht bewußt sind. Neurotisches Verhalten ist demnach durch die Vermeidung des Konfliktes bestimmt; neurotisches Erleben durch die Qualitäten 'Angst/Spannung', welche Resultat der 'Annäherung an die Konfliktregion' sind und ihrerseits die direkte Konfrontation mit dem Konflikt verhindern (vgl. Perrez 1975, S. 90; Mempel, Müller u. Zielke 1980, S. 127/128; Phillip-Dormston 1979, S. 89).

Der charakterisierte Konflikt ist also ebenfalls nicht der, den der Klient wirklich bewußt erlebt, sondern ein dahinterliegender eigentlicher, unbewußter. Das wirkliche Erleben und die Konflikte des Klienten sind dessen bloßer Ausdruck, Resultat der **V e r m e i d u n g** des dahinterliegenden Konfliktes.

Den traditionellen Ansätzen und den alternativen, kognitions- und konflikttheoretischen Begründungen gemeinsam ist also, daß sie einerseits von einem Konflikt des Subjektes mit seinen subjektiven Erfahrungen und Äußerungen ausgehen, dessen phänomenale Erscheinung auf den Konflikt zwischen reflexivem Bewußtsein und Kurzgeschlossenheit verweist. Andererseits greifen beide zur Interpretation des Phänomens auf einen eigentlichen Konflikt zurück, der dem Fehlen von Erfahrungen und/oder verzerrtem Erleben geschuldet ist. Der interpretierte Konflikt ist damit nicht der vom Klienten wirklich erlebte. Dieser gilt vielmehr als Ausdruck eines dahinterliegenden eigentlichen Konfliktes, der nur im Verhältnis zu einem theoretischen Ideal faßbar ist.

Im Unterschied zu diesen interpretationsbedingten Idealisierungstendenzen wird im vorliegenden Modell der Konflikt als einer bestimmt, der sich zwischen zwei prinzipiell möglichen psychischen Zustandsqualitäten innerhalb des bewußten Subjektes abspielt: auf der einen Seite die Gefühle, Gedanken

und ggf. auch Handlungen im Zustand der ungebrochenen, evident bewußt erlebten Betroffenheit durch bestimmte Umstände, auf der anderen Seite die reflexiv-bewußte Stellungnahme des Subjektes aus der zeitlichen und psychischen Distanz. Diese kann infolge der U n g l e i c h z e i t i g k e i t bei Disharmonie keine wirksame Kontrolle auf die Erlebensunmittelbarkeit ausüben und führt statt dessen zur nachträglichen Selbstverurteilung.

II.2.9.3. Zusammenfassung der Diskussion des neurotischen Konfliktes

1. Klinische Beobachtungen, die nicht durch theoretische Konzepte bereits verändert sind, zeugen von einem typisch neurotischen Konflikt, der durch das Neurose-Modell begründet werden kann: der Konflikt zwischen dem kurzgeschlossenen Erleben im Moment der Betroffenheit und den reflexiven Funktionen aus der zeitlich-psychischen Distanz zur Betroffenheit. Dieser Konflikt begründet die neurotische Selbstverurteilung 'im Nachhinein' und die damit verbundene Generalisierung des Konfliktes in Folgesituationen der Betroffenheit.
2. Durch die Interpretationen erfährt der phänomenale Konflikt innerhalb des bewußten Subjektes eine charakteristische Veränderung. Grundlegend dafür ist, daß in den theoretischen Konzepten das Reflexiv-Bewußtsein mit Bewußtsein per se 'verwechselt' wird, so daß das kurzgeschlossene Betroffenheitserleben - der störende Konfliktpol - als nicht (nicht voll, nicht wirklich usw.) bewußter aufgegriffen wird. Auf diese Weise gerät der vom bewußten Subjekt erlebte Konflikt zum uneigentlichen, hinter dem ein eigentlicher, nur dem Therapeuten einsehbarer Konflikt zwischen dem Erleben und Verhalten des Klienten einerseits, seinem organismischen Streben bzw. Ideal auf der anderen Seite steckt.

Wie die nun folgende Ableitung eines Modells der klientenzentrierten Interaktion zeigen wird, ist diese Verabsolutierung des reflexiv-bezugnehmenden Bewußtseins, wie es für die Selbstexploration kennzeichnend ist, wesentlich verantwortlich für Widersprüchlichkeiten in bezug auf die Auffassungen der Therapie.

Anmerkungen II.2.

- 1) Die Erklärung von psychischem Leiden als Resultat der Anwendung des Begriffes davon ist das Extrem der allgemeinen Erklärung neurotischer Phänomene aus Reaktionen bzw. Konsequenzen darauf (eigene Reaktion, Reaktion der Umwelt usw.). Zu den einzelnen Argumenten und Positionen der Krankheitsbegriff-Debatte siehe Wittling und Reinert 1980, S. 31 - 38; Keupp 1980, S. 130/131; Keupp 1974, S. 117 - 148
- 2) Später (und/oder gleichzeitig) entwickelte und/oder übernommene theoretische Konzepte nehmen in dem Maße, wie sie die Störung ebenfalls entsprechenden Defiziten der jeweils individuellen Informationsverarbeitungsstrukturen und -prozesse zuschreiben, von diesem Ausgangspunkt Abstand. (Vgl. Abschn. II.1. der Arbeit)
- 3) Eine GPT-Kritik, die sich u.a. auf die Vernachlässigung der Situation des Klienten zugunsten seines Erlebens bezieht, findet sich auch bei Rokitas "Kritische(n) Überlegungen zur Praxis der GPT" (1978b), Titel des Beitrags); bei Toman 1980, S. 71/72; Lohmann 1980, S. 33
- 4) An genannten Stellen berufen sich die Autoren explizit auf psychoanalytische Konzepte des Unbewußten als wichtige Grundlage für das empathische Verstehen des Klientenerlebens. In den Vordergrund treten die unbewußten Determinationen in der Regel zur Begründung der Fälle, die sich dem klientenzentrierten Zugang verschließen. (Vgl. dazu auch Franke 1980b), S. 280; 1980a), S. 187; Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1979, S. 54; Wippich 1983, S. 48)
- 5) "Viele Impulse, die ich empfinde, Gefühle, die ich erfahre, kann ich nur unter bestimmten Voraussetzungen ins Bewußtsein dringen lassen. Daher ist ... meine tatsächliche Bewußtheit ... begrenzt." (Rogers 1981, S. 419)
- 6) "Zum schlichten Erleben ist nicht nur das sinnlich emotionale Erleben, sondern auch das schlichte Denken zu zählen ... Grundsätzlich kann ich jeden Gedanken denken, und zwar in unreflektierter Weise." (Kropf 1976, S. 90)
- 7) Seiler führt a.a.O. als spezifische Leistung des reflexionsfähigen Subjektes an:
"... , daß das Subjekt in der Lage sei, seine kognitiven Strukturen und Prozesse in gewisser Weise zu verdoppeln ... Doppelung im Sinne ihres bewußten Mit- und Nachvollzuges stellt eine Möglichkeit dar. Indem das Subjekt sich beim Erkennen und Problemlösen selbst wahrnimmt und ausschnittsweise beobachtet, ..." (Seiler 1979, S. 41)

- 8) Diese heute in vieler Hinsicht aktuelle psychotherapeutische Orientierung hat sich vor allem aus der praktischen Kritik an bestehenden Schulen (VT und Psychoanalyse) und deren Vernachlässigung kognitiver Funktionen entwickelt. Insofern haben ihre theoretischen Aussagen stark beschreibenden Charakter und bewegen sich sehr nahe an den beobachteten kognitiven Phänomenen. Entsprechend urteilt Hoffmann als Vertreter der kognitiven Therapie, daß diese "eine wichtige Rolle in der Praxis" spiele, ihr "aktueller theoretischer Status" jedoch eher "unbefriedigend" sei (Hoffmann 1979, S. 19). Die allgemeinen kognitionstheoretischen Erklärungsstrukturen nehmen in vielen Punkten tendenziell die unmittelbaren Einsichten zurück. (Vgl. Kap. I., insbesondere Abschn. I.1.3.)
- 9) Wittling und Reinert (1980) sprechen diesbezüglich - in Anlehnung an Mahoney (1977) - von einer "kognitiven Revolution" innerhalb der VT: sie betonen damit sowohl die Durchschlagkraft der kognitiven Wende, als auch die in ihr enthaltene Abkehr von überlieferten lern-, verhaltenstheoretischen Grundprämissen.
- 10) Sowohl in der theoretischen Interpretation als auch in der VT-Praxis wird das kurzgeschlossene Verhalten als reizgesteuertes - also als jenseits des bewußten Subjektes determiniertes - aufgegriffen.
- 11) Diese beliebige Umkehrbarkeit zwischen Verursacher und Bewirktem zeugt nicht zuletzt von der Willkür, die dem Verfahren der Subsumtion der Phänomene unter die idealisierenden Konzepte eigen ist. (Vgl. Kap. I.1.)
- 12) Wexler beschreibt den "rigid mode":
"... such clients characteristically are c o n s t r i c -
t e d in the range of organizing rules utilized. As a
result ... a richness of information that might provide
the substrate for change is lost because of an inability
to organize it." (1974, S. 88)
und den "disordered mode":
"People with this mode are characterized by a disorganized
field and hence anxiety. The information in their field
is greater in amount and/or complexity than what they
are optimally able to process." (1974, S. 88)

II.3. Das Wechselspiel zwischen Verbalisierung des Therapeuten und Selbstexploration des Klienten - Ein Modell der gefühlszentrierten und der kognitiven GPT

II.3.0. Vorbemerkungen

Die Ableitung des Gesprächspsychotherapiemodells soll, gemäß der Ausgangsfragestellung aus Kapitel I., kognitive und emotionale Interventionen als gleichermaßen k l i e n t z e n t r i e r t e s Therapeutenverhalten begründen - d.h. als Verhalten, das an keiner Stelle die klientenzentrierten Grundbedingungen verläßt. Er darf weder die emotionale Vorbelastetheit der traditionellen Auffassung übernehmen noch das klientenzentrierte Geschehen unter allgemeinspsychologische Konzepte subsumieren, die ihm äußerlich sind. D.h., das Modell muß unabhängig von den bestehenden theoretischen Konzepten aus der Untersuchung des Geschehens selbst resultieren. Die Analyse wird sich deshalb im wesentlichen auf beschreibende und systematisierende Beiträge zur GPT-Praxis und auf Operationalisierungen des therapeutischen Vorgehens beziehen.

Die Bezeichnung des klientenzentrierten Verstehens und Verbalisierens als 'einführendes Verstehen' und 'Verbalisieren e m o t i o n a l e r Erlebensgehalte' (VeE) zeigt jedoch, daß nicht nur die traditionellen theoretischen Konzepte, sondern bereits die beschreibenden Darstellungen 'emotional vorbelastet' sind. Diese Parteilichkeit ist im Kern auf interpretierende Formulierungen des dargestellten Geschehens zurückzuführen. Sie prägt auch die allgemein anerkannten Skalen zur Beurteilung gesprächspsychotherapeutischen Verhaltens (vgl. dazu Eckert 1974, Anhang; Bommert 1982, S. 92; Fleischer 1983, S. 28 f.)¹⁾ sowie offizieller ausbildungsmäßiger Anweisungen (vgl. Mempel u. Müller 1978).²⁾

Innerhalb der GPT quasi 'institutionalisiert' ist die emotionale Interpretation in der bereits angeführten Kennzeichnung des klientenzentrierten Gesprächsverhaltens als "Verbalisieren der emotionalen Erlebensgehalte des Klienten durch den Therapeuten" (VeE), welche persönlich bedeutsames 'innerpsychisches' Erleben mit emotionalen Erlebensgehalten identifiziert.

Auf dieser begrifflichen Ebene soll - als Voraussetzung der Analyse der Praxisdarstellungen - die emotionale Vorbelastung dadurch ausgeschaltet werden, daß statt der Formulierung 'emotionale Erlebensgehalte' die Bezeichnung 'unmittelbares Erleben' bzw. 'psychische Erlebensgehalte' verwendet und das Verbalisieren des Therapeuten ohne vorwegnehmende Festlegung des Charakters des zu verbalisierenden Klientenerlebens aufgegriffen wird:

Statt einführendes Verstehen und Verbalisieren emotionaler Erlebensgehalte wird deshalb die Kennzeichnung 'nachvollziehendes Verstehen und Verbalisieren' für das klientenzentrierte Therapeutenverhalten verwendet.

Der an Mattejat und Brumm (1978) angelehnte Modellcharakter, wie er im Anschluß an die Diskussion theorieimmanenter Mängel der kognitionstheoretischen Konzepte definiert und dem Neurose-Modell zugrundegelegt wurde (vgl. Abschn. II.1.), gilt auch für das Therapie-Modell:

Es soll spezifische Momente der GPT-Interaktion aufgreifen und - unter Bezugnahme auf das Modell des neurotischen Konfliktes - begründen. Es hat jedoch nicht den Anspruch, alle Momente der persönlichen Beziehung zwischen Therapeut und Klient zu erfassen und/oder alle gemeinsamen Kommunikations- und Interaktionsgesetze zu formulieren, die über die klientenzentrierte Interaktion hinausgehen.

II.3.1. Das Verhältnis der Verbalisierung zu den klient-zentrierten Haltungsvariablen

Der Beginn der Analyse mit der Rolle der Verbalisierung des Erlebens des Klienten durch den Therapeuten definiert und begründet den leitenden Gesichtspunkt der anschließenden Ableitung eines Modells der klientzentrierten Interaktion.

Das erste Argument für die Bestimmung dieses Ausgangs- und Schwerpunktes ist die Rolle der Verbalisierung in der Kontroverse zwischen den in Kapitel I. herausgearbeiteten theoretischen Auffassungen der klientzentrierten Praxis. Im wesentlichen dreht sich die Auseinandersetzung zwischen der 'Rogers-Position' (vgl. Abschn. I.3.1.) und der kognitiv orientierten 'Gegenposition' (vgl. Abschn. I.3.2.) um die Bedeutung des Verbalisierens bzw. die Auffassung der Variablen 'VeE': Die Beurteilung der klientzentrierten Verbalisierung als ein bloß äußerlicher Indikator für bzw. ein (leider) unvermeidlicher Vermittler der therapeutischen Haltungsdimensionen 'unbedingtes Akzeptieren', 'echtes empathisches Verstehen', 'Wärme' und 'Kongruenz' steht der kognitionstheoretischen Betonung der Funktionen und Qualitäten der Verbalisierung des Therapeuten gegenüber. Letztere betrachtet die Verbalisierung des Therapeuten als d a s Instrumentarium der Behandlung und Effektivierung inadäquater kognitiver Prozesse, Strukturen und Regeln der Informationsverarbeitung.

So verurteilt Wexler die ausschließliche Betonung der therapeutischen Haltungen und der tiefen zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Klient und Therapeut seitens der Rogers-Orientierung. Im Gegensatz dazu bewertet er die Verbalisierung des klientzentrierten Therapeuten nicht nur als die einzige Verhaltensvariable, sondern überhaupt als die einzig wirksame Dimension (Wexler 1974, S. 96/97).

Aus den jeweiligen Einwänden und Äußerungen der beiden - teilweise konträren - Positionen ist jedoch zugleich eine Gemeinsamkeit zu entnehmen, auf der das zweite Argument für die schwerpunktmäßige Konzentration der Untersuchung auf die Verbalisierung des Therapeuten beruht:

Beide - auch die Position, die die Verbalisierung auf eine bloß vermittelnde Variable reduziert und sie tendenziell eher als notwendiges Übel betrachtet - gehen selbstverständlich von der Verbalisierung des 'inneren Erlebens' des Klienten durch den Therapeuten aus als das klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie spezifizierende Kommunikationsverhalten (vgl. Hüttner 1979, S. 190).³⁾ Der Streit um die Bedeutung des verbalisierenden Therapeutenverhaltens beruht letztlich darauf, daß die Verbalisierung einen für GPT spezifischen Gesprächstypus definiert, der diese therapeutische Beziehung von anderen Kommunikationssituationen *p r i n - z i p i e l l* unterscheidet.

Für die Rogers-Position heißt das, daß sie die Verbalisierung und ihre Wirksamkeit als Spezifikum der GPT beständig unterstellt, während sie in den Interpretationen als eigenständiger und zur Therapie gehöriger Wirkungsträger kaum erwähnt und/oder als Abkehr von der Personzentriertheit diskutiert wird.

So charakterisiert z.B. Pavel (1975) die Therapeut-Klient-Interaktion als tiefe emotionale Beziehung, "in welcher der Therapeut in echter warmerherziger und einfühlsamer Weise begegnet". (S. 27)

Das Moment der verbalisierenden Gesprächstechnik als Instrument der Herstellung einer so gearteten emotionalen Beziehung erscheint kaum einsichtig - bzw. konsequent betrachtet eher als Hindernis. Zur Ausführung, wie eine solche Beziehung hergestellt wird, greift Pavel jedoch selbstverständlich auf das Verbalisieren zurück: Der Therapeut soll des Klienten "Gefühle möglichst genau verbalisieren" (Pavel 1975, S. 31).

Petrossian bestimmt im Rahmen seines "philosophischen Klärungsversuches innerhalb der GwG" die Funktion des Therapeuten, "dem Gegenüber Hilfe-

stellungen beim Auffinden und Übernehmen der eigenen Selbstverantwortung zu geben" (Petrossian 1983, S. 35), womit er das GP-Therapeutenverhalten als bloßes "Begleiten und hilfreich Unterstützen" (ebd., S. 36) vorwiegend durch das Zuhören und Verstehen begründet. Andererseits greift er bei der Diskussion "angemessener" Verhaltensweisen in jedem Fall auf das Verbalisieren zurück, selbst in bezug auf das bloße "Begleiten". Dessen Charakterisierung als "active listening" (Rogers) und als "saying back" (Gendlin) (Hervorhebung, U.D.) bedeutet für ihn dasselbe (Petrossian 1983, S. 37).

Ähnlich unterstellt auch Tausch das Verbalisieren als spezifischen Gesprächsmodus der GPT, wenn er allgemein die Bedeutung "sprachlicher Inhalte" für "seelische Erfahrungen" hervorhebt (Tausch 1978, S. 1915).

Andererseits würdigt er bei der Diskussion der therapeutisch wirksamen Leistungen des klientenzentrierten Therapeuten ausschließlich die Haltungsdimensionen "nicht wertendes Verstehen, Anteilnahme, Achtung, Sorge sowie Echtheit" mit der Wirkung, daß "der hilfesuchende Partner dies wahrnimmt und unmittelbar gefühlsmäßig erfährt" (Tausch 1978, S. 1915; vgl. auch Tausch 1979/81, 1980).

Selbst die Argumente, die die Verbalisierung des Gesprächs-therapeuten als 'bloße Technik' abwerten, unterstellen also eben diesen verbalisierenden Kommunikationsmodus permanent als Medium und Wirkungsträger, den sie zugleich als an für sich im Gegensatz zur therapeutischen Beziehung stehend aufgreifen (vgl. auch Lohmann 1980, S. 15 - 43; Minzel 1980, S. 146/148; Mohazab u. Ueckert 1982, S. 36).

Eine weitere Variante, das Verbalisieren als den gesprächstherapie-spezifischen Kommunikationsmodus zu unterstellen, ohne seine Bedeutung für die Wirkung der therapeutischen Beziehung zu explizieren, ist eine Art 'Negativ-Definition', die das Gesprächsverhalten darüber definiert, was es **n i c h t**

sein darf: als Vorschrift, was alles zu vermeiden ist im Vergleich zu üblichen naheliegenden Reaktionen in persönlichen Gesprächen (vgl. Sander 1975, S. 48).⁴⁾ Ein solches Kommunikationsverhalten, bei dem j e d e Art von Stellungnahme als allgemeine Regel untersagt ist, legt quasi per Ausschlußverfahren auf das verbalisierend reflektierende Gesprächsverhalten fest.

Diese widersprüchliche Behandlung der Variable 'Verbalisieren' äußert sich in kommunikationstheoretischen Darstellungen so, daß einerseits das Konzept selbst (Kommunikation) auf die Spezifik der G e s p r ä c h s therapie zurückgreift, die durch das Verbalisieren definiert wird. Andererseits wird jedoch z.B. von Wippich die Besonderheit des v e r b a l l i s i e r e n d e n Sprechens so aufgegriffen, daß er die klientenzentrierte Kommunikation als "Beitrag zu dem Begriff Kongruenz" (Wippich 1983, S. 42) abhandelt und die Verbalisierung als Äußerung ignoriert.

Bemerkenswert in bezug auf die Rolle des Verbalisierens als d e r spezifisch klientenzentrierte Gesprächsstil ist, daß Rogers selbst in früheren Aussagen zum praktischen Vorgehen des Gesprächspsychotherapeuten an der Zusammengehörigkeit von Einstellungen und Gesprächs- 'Technik' festhält. Sofern Einstellung und Gesprächsmodus in Übereinstimmung stehen - das Verbalisieren also nicht künstlich-rollenhaft eingesetzt wird - beurteilt er das Verbalisieren als "Arbeitsweise", die den Therapeuten ein "folgerichtiges System für ihre gesamten therapeutischen Bemühungen" liefert (Rogers 1951/1973a), S. 376; vgl. dazu auch Coulen, der die Bedeutung der GPT- 'Technik', das 'Spiegeln' in Erinnerung ruft, 1982, S. 144)⁵⁾

Eine empirische Bestärkung der spezifizierenden Rolle des Verbalisierens für klientenzentrierte Gespräche enthält eine Untersuchung des als 'integriert' bezeichneten klientenzentrier-

ten Vorgehens (vgl. Heinerth 1980), Selbst bei diesem klientenzentrierten Vorgehen, das zusätzliche Interventionen einschließt und von Heinerth als "ein Verlassen des reinen Verbalisierungskonzeptes" (1980, S. 5) gekennzeichnet wird, stellte das Verbalisieren weiterhin die "am häufigsten benutzte Interventionskategorie" und das "bevorzugte Instrument" dar (Heinerth 1980, S. 5; vgl. auch Mempel u. Müller 1980, S. 125 ff.; Scobel 1979, S. 40 ff.; Espe 1978, S. 19).

Obwohl es also genügend Hinweise auf die hervorragende Rolle des therapeutischen Verbalisierens für die klientenzentrierte Therapie gibt und ausbildungsmäßige Anweisungen auch - notwendigerweise - darauf zurückgreifen (vgl. Minsel 1979a)⁶⁾, finden sich eher selten Charakterisierungen des klientenzentrierten Gesprächs, die zu dieser 'Technik' stehen. Die genannte Stellungnahme von Coulen und die Auffassung Muchielli's, der das Verbalisieren als die "Methode", "Technik" und "ideale Lösung" für das therapeutische Gespräch charakterisiert (Muchielli 1972, S. 40), verkörpern eher eine ausnehmende Stellung.

Die Argumentation in bezug auf die Rolle der Verbalisierung für klientenzentrierte Therapie wird bestärkt durch ein eigen tümliches erfahrungsmäßiges Phänomen, welches in der Regel als Gegensatz zum klientenzentrierten Vorgehen aufgegriffen wird: Klienten-Äußerungen im Sinne des befremdeten 'Sie sprechen mir ja alles nach' werden häufig angeführt als Hinweis auf die Gefahr des 'papageienhaften Nachsprechens', die der klientenzentrierte verbalisierende Gesprächsmodus enthalten kann. Solche Bemerkungen enthalten stets den Verweis darauf, daß die 'Antworten' des klientenzentrierten Therapeuten vom Prinzip her ungewöhnlich, also für GPT einzigartig sind. Anschaulich wird das Ungewöhnliche beispielsweise in der Vorstellung, daß bei einer 'normalen' Unterhaltung ein Gesprächspartner - oder alle - mit Verbalisierungen antwortet (vgl. dazu Biermann-Ratjen et al 1979, S. 147 f.).⁷⁾

In der Verbalisierung enthaltene Gefahren - Befremden des Gesprächspartners u.ä. - nehmen nichts von ihrer Bedeutung als spezifizierenden Kommunikationsmodus zurück. Vielmehr verweisen sie umgekehrt auf die besondere Stellung dieses Gesprächsmodus und auf die Bedeutung der klientenzentrierten Haltungen als Grundlage des verbalisierenden Sprechens. Aus der Bestimmung der Verbalisierung als typisches klientenzentriertes Sprechen folgt also keineswegs deren *q u a n t i t a t i v e s* Überwiegen im Verhältnis zu den weiteren Therapeutenvariablen. Statt dessen führt sie zu einer spezifischen *B e z i e h u n g* der Variablen untereinander, die diese als zusammengehörige und sich ergänzende faßt:

Als grundlegender Gesprächsstil, der das klientenzentrierte therapeutische Gespräch von allen sonstigen positiven Gesprächen auszeichnet, steht die Verbalisierung in einem *f u n k t i o n a l e n* Zusammenhang mit den Variablen Wärme, Zuwendung, Echtheit und unbedingtes Akzeptieren, die ansonsten mehr oder weniger auf jedes sehr offene, verständnisvolle persönliche Gespräch zutreffen können. Den Gehalt dieses funktionalen Zusammenhanges muß die anschließende Analyse des klientenzentrierten Verbalisierens ergeben.

Ausgangspunkt der realen therapeutischen Interaktion ist die Äußerung des Klienten. Sie enthält das Material, auf das sich die Verbalisierung als charakteristische Antwort des klientenzentrierten Therapeuten bezieht. Entsprechend markiert die Äußerung des Klienten in der Therapie den Beginn der Analyse der Interaktion.

II.3.2. Die Äußerungen des psychoneurotischen Klienten in der Therapie

Als erstes stellt sich die Frage nach der Beschaffenheit des Materials, auf das sich die Verbalisierung des Therapeuten bezieht. Anders ausgedrückt: Was sagt der Klient zunächst dem Therapeuten?

Zunächst impliziert das klientzentrierte nicht-direktive Vorgehen keine positive Bestimmung dessen, was der Klient äußern soll.⁸⁾ Die geringe Eingrenzung der Äußerungen des Klienten auf "persönlich relevantes Material" (Tausch 1973, S. 79) macht sich auch darin geltend, daß die Frage, was der Klient sagen soll, innerhalb der GPT-Diskussion selten als eigenständiger Punkt diskutiert und bestimmt wird. Diesbezüglich eher eine Ausnahme ist die von Biermann-Ratjen et al ausgeführte Spezifizierung dessen, was der Klient äußern soll. Das "Material, auf das der Therapeut sich empathisch bezieht" (Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1979, S.15), ist das vom Klienten im Prozeß der Selbstexploration symbolisierte Erleben (ebd., S. 15). Damit wird jedoch die Äußerung des Klienten als erster **A u s g a n g s p u n k t** der Verbalisierung des Therapeuten gleichgesetzt mit dem Prozeß, der sich im Verlauf der Therapie **i n f o l g e** der empathisch-verbalisierenden Antwort des Therapeuten auf seiten des Klienten erst einstellt.

Zunächst aber wird der Klient, der therapeutische Hilfe sucht, gemäß diesem Zweck bevorzugt über seine Schwierigkeiten, die er persönlich hat, sprechen. D.h., er erzählt über Situationen, die ihn betroffen machen, und über sein Erleben und Verhalten dabei, so, wie er es jetzt im Nachhinein wahrnimmt und beurteilt. Unter Einbeziehung des in Kapitel II Abschnitt 2 diskutierten neurotischen Konfliktes ergibt sich eine spezifische Qualität der Klientenäußerung, die dieser den selbstverständlichen Character einer Äußerung unter vielen anderen nimmt, ohne bereits gelungene Selbstexploration zu unterstellen, und die für das Verständnis des therapeutischen Verstehens und Verbalisierens von Bedeutung wird.

Wie im Neurosemodell ausgeführt wurde, ist psychoneurotisches Erleben - und ggf. auch Verhalten - durch einen spezifischen

Konflikt charakterisiert: In bestimmten Situationen sehr heftiger subjektiver Betroffenheit ist das Subjekt 'verstrickt/gefangen' in sein unmittelbares Betroffenheitserleben. Unfähig zur selbstreflexiven Lösung aus der Erlebensunmittelbarkeit unterliegt er einer sich aufschaukelnden Kurzschlußkette der Affekte, Emotionen und seiner unmittelbaren impulsiven Gedanken und Urteile. Prinzipiell - d.h. außerhalb der Situation der Betroffenheit - verfügt er über Voraussetzungen und Fähigkeiten zur selbstreflexiven kontrollierenden Erlebensbezugnahme.

Aufgrund der zeitlichen/psychischen Distanz zum unmittelbaren Erleben entwickelt sich - anstelle gelungener Selbstkontrolle und Erlebensrelativierung - der spezifisch neurotische Konflikt zwischen dem kurzgeschlossenen Erleben und Verhalten im Moment der Betroffenheit und den rationalen, reflexiv-kontrollierenden Funktionen im Nachhinein.

Ausgehend von diesem neurotischen Konflikt gewinnt das problematische Erleben und Verhalten des Klienten in seinen Äußerungen aus der zeitlichen und psychischen Distanz einen 'Entfremdungs'-charakter: Dieser schließt eine spezifische Differenz zwischen den Schilderungen des Klienten im Nachhinein (beim Therapeuten) und dem unmittelbaren Erleben im Moment der aktuellen Betroffenheit selbst ein: Aus der zeitlichen und psychischen Distanz erlebt der Klient sein 'kurzgeschlossenes' Erleben und Verhalten in der Betroffenheit als 'störend' und 'unsinnig'. W e i l im Moment der Betroffenheit die selbstreflexiven Funktionen außer Kraft waren und erst aus der -zeitlichen und/oder räumlichen und/oder psychischen - Distanz Geltung erlangen, erscheint das Erleben und Verhalten in der unmittelbaren Betroffenheit für den Klienten selbst als 'automatisches'; er empfindet aus dieser Position sein e i g e n e s emotionales und kognitives Erleben als fremd und nicht zu seinem Wollen und Bewußtsein gehörig. Insofern fallen also Äußerungen des Klienten

in der Therapie ü b e r sein Erleben und Verhalten, die befremdete Distanzierung, Undeutlichkeit und auch Negation des eigenen Erlebens zum Ausdruck bringen, nicht notwendig mit der Qualität des ursprünglichen unmittelbaren Erlebens selbst zusammen.

Sie können vielmehr Ausdruck eines sehr heftigen unmittelbaren Erlebens sein, dessen 'Gefangener' das Subjekt ist (war), verbunden mit der Verurteilung aus der zeitlichen und psychischen Distanz.

Wie die Diskussion des neurotischen Konfliktes zeigte, findet diese Art distanzierten Befremdens gegenüber den eigenen kurzgeschlossenen Gefühlen und Gedanken im Moment der Betroffenheit Ausdruck in typischen Aussagen für den neurotischen Zustand der Art: 'Ich wollte es nicht tun, aber ich tat es ... kann nicht verstehen warum ' (vgl. Wild 1975; vgl. auch Abschn. 2.7., Kap. II.).

Weniger deutlich und explizit drückt sich diese distanzierende Verständnislosigkeit in Schilderungen aus, in denen der Klient von seinem eigenen Erleben wie von einem ihm nicht eigenen, äußerlichen Objekt spricht.

In den GPT-Darstellungen wird dieser Charakter der Äußerungen des Klienten in der Therapie in der Regel gleichgesetzt mit Merkmalen des Erlebens selbst. D.h., aus seinen Äußerungen wird auf ein Defizit im Erleben geschlossen: auf ein Z u w e n i g an Erlebensunmittelbarkeit und -intensität (vgl. Tausch 1979, S. 219)⁹⁾ oder auf Starrheit und Distanziertheit im Erleben selbst (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 103 f.)¹⁰⁾ Zwischen rationalen Stellungnahmen und dem unmittelbaren Erleben wird auf diese Weise ein prinzipielles A u s s c h l u ß v e r h ä l t n i s aufgestellt: daß "Intellektualisierung ... a n d i e S t e l l e (Hervorhebung, U.D.) unmittelbaren Erfahrens und Fühlens" (Tausch 1979, S. 220) trete. Die zeitliche Differenz zwischen "intellektuali-

sierenden", distanzierenden Stellungnahmen des Klienten im Nachhinein (beim Therapeuten), und dem - oft sehr heftigen und intensiven - unmittelbaren Betroffenheitserleben, auf das sich die Schilderung des Klienten bezieht, wird so unbegreifbar.

Eine praktische Konsequenz dieser Gleichsetzung der Äußerungen des Klienten in der Therapie mit Qualitäten seines je aktuellen Erlebens ist die herrschende Unbestimmtheit der Differenz zwischen dem vom Klienten geschilderten Problem einerseits, dem 'inneren Bezugsrahmen', den der Therapeut aus den Äußerungen verstehen und in der Verbalisierung aufgreifen soll, auf der anderen Seite.

Die aus dem neurotischen Konflikt abgeleitete Bestimmung der Differenz zwischen Äußerungen des Klienten und dem geschilderten unmittelbaren Erleben selbst hingegen führt direkt zu einer entsprechenden Charakterisierung der Differenz zwischen den Äußerungen des Klienten und dem Gehalt der empathischen Verbalisierung des GPT-Therapeuten.

II.3.3. Das 'Mehr' der Verbalisierung gegenüber den Äußerungen des Klienten

Das unmittelbare Erleben des Klienten in der Situation aktueller Betroffenheit ist Grundlage seiner Schilderungen in der Therapie. Es muß jedoch - als Voraussetzung für die Verbalisierung durch den Therapeuten - in seinem Charakter als unmittelbar virulentes Erleben aus dem, wie der Klient es im Nachhinein beurteilt und schildert, erst erschlossen werden. Der Prozeß dieses Erschließens vollzieht sich in der 'empathischen Reaktion' des Gesprächspsychotherapeuten, die das unmittelbare Erleben des Klienten anhand seiner Äußerungen nachvollziehend - 'also ob' selbst erlebend - zu verstehen sucht.

Die bedingungslos akzeptierende Haltung und das empathische Bemühen des klientenzentrierten Therapeuten ist also unerläßliche Voraussetzung dafür, von den Schilderungen des Klienten aus der Erzählerposition zum Charakter seines Erlebens im Moment der unmittelbaren Betroffenheit vorzustoßen. Was der Klient äußert - verbal und nicht verbal - ist das Material des Therapeuten in diesem Bemühen. Zunächst heißt das, daß er die geschilderten Umstände und die Urteile oder Bewertungen des Klienten aus der Distanz als dieses Material zur Kenntnis nimmt. Darüber hinaus soll er jedoch nicht auf diese Momente eingehen. Statt dessen soll der Therapeut seine Aufmerksamkeit und Konzentration ganz darauf richten, nachzuvollziehen, was jemand in einer so und so charakterisierten Situation, der jetzt dies jeweilige Urteil über sich und andere fällt und dabei bestimmte non-verbale Signale gibt, unmittelbar erlebt (hat).

Dieses vom Therapeuten empathisch nachvollziehend erschlossene Erleben geht also insofern über die Äußerung des Klienten hinaus, als es zwar Bezugsgegenstand der Äußerung ist, jedoch in seiner aktuellen Qualität als Erlebensevidenz nicht mit dem Inhalt der Klienten-Schilderung zusammenfällt. Damit ist ein 'Vorsprung' der empathischen Reaktion des Therapeuten gegenüber den Äußerungen des Klienten formuliert, ohne dem Therapeuten die bezweifelbare Potenz des Verstehens von Erlebensmomenten zu unterstellen, die dem anderen nicht bewußt sind. (Diese Unterstellung wird in Abschn. II.3.8.1. diskutiert) Ihren Abschluß findet die empathische Reaktion in der Verbalisierung, die das empathisch nachvollziehend verstandene unmittelbare Erleben des Klienten zum Gehalt der therapeutischen Antwort macht.

Der Abschluß des empathisch miterlebenden Verstehens des Therapeuten durch die klientenzentrierte Verbalisierung schließt eine besondere Eigenart des Miterlebens ein, die Rogers mit

der Qualität des Miterlebens 'als ob' hervorgehoben hat: Dieses 'Als ob' besagt, daß der Therapeut nicht nur miterlebt bzw. sich in die Situation des Klienten hineinversetzt, als sei er dieser selbst, sondern dabei als selbstbewußte Person zugleich das Maß an Herausgelöstheit und Distanz wahrt, das für die Wahrnehmung, Feststellung und Symbolisierung der miterlebten Gehalte gefordert ist (vgl. Rogers 1959, S. 210 - 211, nach Jankowski, Tscheulin, Fietkau u. Mann 1976, S. 33 ff.). Bezugnehmend auf die beiden Pole des Selbst- und Erlebensbezuges (vgl. Abschn. II.2.4.) hieße das, daß die Empathie des klientenzentrierten Therapeuten ein Miterleben bei gleichzeitiger reflexiver Bezugnahme ist - im Unterschied zur Kurzgeschlossenheit des Klienten im Betroffenheitserleben und im Unterschied zur reflexiv-stellungnehmenden Äußerung des Klienten aus der zeitlichen und psychischen Distanz. Insofern hat also das empathische Verstehen des Therapeuten einen *i n h a l t l i c h e n* 'Vorsprung' gegenüber dem sich äußernden Klienten und einen 'Vorsprung' in bezug auf die Qualität des (Mit-)Erlebensbezuges.

Zweck bzw. Endstation der empathischen Reaktion muß die Vermittlung des nachvollziehend verstandenen Erlebens an den Klienten in Form einer verbalen Äußerung sein: Der Gehalt der empathisch verstehenden Reaktion des Therapeuten existiert zunächst einzig und allein in seiner eigenen Erlebenswelt. *F ü r s i c h* kann die Empathie des Therapeuten keine der ihr zugeschriebenen Wirkungen auf seiten des Klienten auslösen. Als bloßes Miterleben und Verstehen hat sie für den Klienten keine Wirklichkeit. Insofern können Wirkungen der Empathie auch nur über ihren Zusammenhang mit der Verbalisierung vollständig erfaßt werden. Was immer auf den Klienten wirkt, es wirkt letztlich in der *F o r m* der verbalen Äußerung des Therapeuten. Dies gilt auch für die Qualität der Empathie als *Z u s t a n d* des Therapeuten, also

für dessen reflexiv verstehende und akzeptierende Stellung zum eigenen Miterleben in der Empathie (vgl. Biermann-Ratjen et al 1981/1979, S. 15 - 20)¹¹⁾

Daß von der *I n t e n t i o n* des einzelnen Therapeuten her möglicherweise das Verstehen selbst der Zweck ist und seine ganze Anstrengung fordert, die Äußerung des Verstandenen demgegenüber nur ein 'leicht von der Hand gehendes' Mittel, und daß für ihn nicht die Verbalisierung selbst, sondern der Zustand der reflexiven Erlebensbezugnahme wichtiger ist, nimmt davon nichts zurück. Das Bemühen und Erleben des Therapeuten wird nur in Gestalt einer Äußerung zur Wirklichkeit für den Klienten.

Dieser Charakter des empathischen Verstehens als Anstrengung, die *B e d i n g u n g* und *V o r a u s s e t z u n g* der Verbalisierung des nachvollziehend Verstandenen ist, wird in Anweisungen an das konkrete therapeutische Verhalten stets unterstellt: nachvollziehendes Miterleben und Verbalisierung des so 'verstandenen' Erlebensgehaltes - ein Prozeß, der in der Verbalisierung seinen ersten Schlußpunkt findet. Zumindest gilt dies für die Reaktion auf seiten des Therapeuten als eine Einheit, der logisch eine Reaktion des Klienten folgen muß.

Die Variable Kongruenz/Echtheit - die als selbständiges Persönlichkeitsmerkmal auch allgemein bedeutsam für offene, emotional positive Beziehungen ist - erhält in diesem Prozeß ihre ganz spezifische Bedeutung: Wenn die Verbalisierung das empathisch nachvollziehend Miterlebte für den Klienten verbal 'wirklich' machen soll, so ist das Bemühen des Therapeuten um Kongruenz unmittelbar konstituierend für die Verbalisierung. Die Übereinstimmung des Therapeuten mit seinem eigenen (Mit-) Erleben definiert die Haltung, die garantiert, daß wirklich das vom Therapeuten miterlebte Klientenerleben - und n u r das - ausschlaggebend für die Verbalisierung ist. Ebenso wie

die Wahrung der zur Erlebensbezugnahme geforderten D i s t a n z für die V e r b a l i s i e r u n g unerlässlich ist.

Die Verbalisierung des Therapeuten ist daher mehr als eine bloße Spiegelung der Äußerungen des Klienten, insofern sie das unmittelbare (miterlebte) Erleben selbst zum I n h a l t hat, welches den Stellungnahmen des Klienten aus der reflexiv-bewußten Position in der zeitlichen und/oder psychischen Distanz z u g r u n d e l i e g t.

Sie enthält jedoch niemals mehr - eher weniger - als die unmittelbar evident-bewußten Erlebensgehalte und Erfahrungen des Klienten.

Bezugnehmend auf das Verhältnis zwischen Emotionen und Kognitionen im Betroffenheitserleben (vgl. Abschn. II.2.3.) erhalten beide Momente gleichrangige Bedeutung für den Vorsprung des Verstehens und der Verbalisierung des Therapeuten: Ebenso, wie emotionales und kognitives Erleben im Betroffenheitserleben zusammengehören und beide Gegenstand gleichzeitiger und ungleichzeitiger reflexiver Bezugnahme sein können, ganz ebenso kann sich das therapeutische Verstehen und Verbalisieren auf emotionale und kognitive Momente der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten beziehen. Vom Standpunkt des therapeutischen Vorsprunges der Verbalisierung ist keine der beiden Komponenten der Erlebensevidenz der anderen vorzuziehen oder nachzustellen.

Im Unterschied dazu vermitteln die traditionellen Interpretationen des Vorsprunges der klientenzentrierten Verbalisierung den Anschein, daß dabei das emotionale Erleben notwendig eine bevorzugte Rolle spielen muß. Verbunden ist dieser Anschein mit einer gewissen Widersprüchlichkeit und Unsicherheit in bezug auf das 'Mehr' der Verbalisierung im Verhältnis zu den Äußerungen des Klienten: Ausgehend davon, daß die Äußerungen

des Klienten direkt als sprachlicher Ausdruck seines Erlebens aufgegriffen werden, wird in der Regel aus den geäußerten Inhalten unmittelbar auf Qualitäten des Erlebens selbst geschlossen. Als Unterschied wird im wesentlichen lediglich der zwischen dem Zustand des Erlebens und der sprachlichen Form festgehalten. So ist logisch nicht mehr einsichtig, inwiefern die ebenfalls sprachliche Verbalisierung des Therapeuten mehr enthalten soll als die Äußerung des Klienten. Auf dieser Grundlage erhält die Begründung durch die emotionale Beziehung den Anschein der Notwendigkeit.

Ohne an dieser Stelle näher auf die Unsicherheit und ihre Lösungsversuche einzugehen (siehe dazu Abschn. II.3.8.), ist der Identifikation der Äußerungen des Klienten mit Merkmalen des zugrundeliegenden Erlebens selbst entgegenzuhalten:

1. Das inhaltliche 'Mehr' der Verbalisierung des Gesprächs-therapeuten beruht auf der Differenz zwischen den Äußerungen des Klienten aus der zeitlichen und/oder psychischen Distanz und der Erlebensunmittelbarkeit, auf die sich die Äußerungen beziehen.
2. Diese Differenz überwindet der Therapeut - zunächst für sich selbst - in dem Maße, wie er verstehend zur Erlebensunmittelbarkeit des Klienten vordringt und diese in der Verbalisierung sprachlich äußert.
3. So gesehen kann sich der Vorsprung der therapeutischen Verbalisierung an kognitiven und an emotionalen Erlebensgehalten gleichermaßen vollziehen.

Die Differenz zwischen der Äußerung des Klienten und der Verbalisierung der unmittelbaren Erlebensgehalte, die den Äußerungen des Klienten zugrunde liegen, ist ausschlaggebend dafür, daß der Klient die Antwort des Therapeuten weder als bloße Wiederholung empfängt noch als bloße Vermittlung der Zuneigung und Akzeptierung, sondern eine über die Hilfe eines emotional positiven freundschaftlichen Gesprächs hinausgehende psychotherapeutische Wirksamkeit erfährt.

Diese beruht auf spezifischen Qualitäten, die die Verbalisierung als Antwort eines Gesprächspartners für den Klienten beinhaltet. Sie werden in den folgenden Abschnitten als therapeutische Funktionen (1) und (2) untersucht.

II.3.4. Die therapeutischen Funktionen der Verbalisierung (1): Reaktivierung der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten

Der klientenzentrierten Beziehungsdefinition entsprechend empfängt der Klient als Antwort auf seine Äußerungen eine Verbalisierung seines Erlebens durch den Therapeuten. Diese beinhaltet für ihn Momente seines unmittelbaren Erlebens in Situationen subjektiver Betroffenheit, wie sie der Therapeut aus seinen Äußerungen darüber nachvollziehend versteht. Dieses Erleben erhält so Gegenwärtigkeit in Form einer verbalen Feststellung. Dabei ist der Therapeut bemüht, die Betroffenheit des Klienten durch bestimmte Situationen und Personen möglichst von der subjektiven Seite aufzugreifen: Die Thematisierung äußerer Umstände ist, soweit es geht, zu vermeiden. Statt dessen soll der Therapeut das Erleben des Klienten als sein bloß subjektives Erleben verbalisieren.

Diese graduelle Lösung des unmittelbaren Erlebens vom spezifischen Objekt- und Situationsbezug schließt zugleich eine gewisse Lösung von seinem Vergangenheitsbezug ein.

Deutlich wird dieser Zusammenhang an einer beispielhaften Therapeuten-Verbalisierung, die Schwarz der Aufforderung an den Therapeuten zur direkten Rede hinzufügt: "Sie fühlen sich d a tief enttäuscht " (aus der Skala "Konkretheit" von Schwartz 1975, ref. von Bommert 1982, S. 94).

Das Was und Warum - also die spezifischen, Enttäuschung bereitenden Umstände - treten als "d a" in den Hintergrund zugunsten des bloßen subjektiven Erlebens, welches dem Klienten, gelöst vom Situations- und Vergangenheitsbezug mit der Verbalisierung gegenübergestellt wird.

In diesem Sinne erläutert auch Minzel im Rahmen seiner praktisch-therapeutischen Einweisung, daß der Gesprächspsychotherapeut die "Objekte, die dem Klienten Probleme bereiten", möglichst "ganz weglassen, oder ganz unspezifisch ausdrücken soll" (Minzel 1979 a, S. 115). Mohazab und Ueckert bringen bei ihrer Diskussion der "Selbstoffenbarungsseite" (Schulz von Thun 1980, S. 18) die Forderung so zum Ausdruck, daß im Falle der GPT der "Heurismus" "Subjektivieren" angezeigt sei, das "Objektivieren" aufgrund von "Festschreibungen" nicht (Mohazab/Ueckert 1982, S. 92).

Im Prinzip trifft die tendenzielle Lösung des unmittelbaren Erlebens von den Personen, Situationen, Objekten, auf die es sich bezieht, auch auf Auffassungen zu, die - kritisch gegen die bloße Mitteilung der verstandenen 'Gefühlsinhalte' - den 'inneren Bezugsrahmen' des Klienten weiter fassen. Wie in Abschnitt I.3. erörtert wurde, beinhaltet diese Erweiterung im wesentlichen die Forderung, auch "Gefühle, die Gefühle machen", "Interpretationen der Gefühle" usw. einzubeziehen (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 96). Diese Erweiterung ist also im Bemühen, das unmittelbare Erleben als bloß subjektives aufzugreifen auf Kosten der objektiven Gründe und der situativen Bedingungen, eingeschlossen. Die Situation - das "Objekt" (Minzel 1979 a), der "Gegenstand" (Tausch 1979) - taucht höchstens in der Form eines "Erlebenswertes" auf, also im Hinblick darauf, welches subjektive Erleben sie im Klienten auslöst (Tausch 1979, S. 32).¹³⁾

Unter dem Gesichtspunkt einer kognitiven Realisierung der klientenzentrierten Interaktion ist zu beachten, daß die Lösung des Erlebens vom Situationsbezug n i c h t notwendig das Aufgreifen von Gefühlen und Stimmungen impliziert. Auch unmittelbares kognitives Erleben läßt sich losgelöst von Objekt- und Vergangenheitsbezug als bloß subjektive Vorstellungen, Befürchtungen usw. formulieren. Sie ließe sich bei-

spielsweise ein analoger Effekt herstellen, wenn in Minsels Beispiel statt "sie fühlen sich d a tief enttäuscht" - "sie denken d a, es war wieder alles umsonst" verbalisiert würde.

Die Verbalisierung der psychischen Betroffenheit des Klienten durch bestimmte Situationen als b l o ß s u b j e k t i v e s Erleben - getrennt von den spezifischen äußeren Bezugsobjekten - und die damit verbundene graduelle Lösung des unmittelbaren Betroffenheitserlebens von seinem Grund in der jeweiligen Situation enthält bereits ein Moment der 'D i s t a n z v e r r i n g e r u n g': verringert wird die zeitliche und/oder psychische Distanz zwischen der unmittelbaren Betroffenheit des Klienten in den Situationen außerhalb der Therapie und seiner reflexiv stellungnehmenden Position, aus der er in der Therapie die Situationen und sein Betroffenheitserleben schildert.

Das Bemühen des Therapeuten, die Verbalisierung möglichst im P r ä s e n s, d i r e k t e r R e d e, k o n k r e t und a n s c h a u l i c h zu formulieren, verstärkt diese Distanzverringering. Das Zusammenspiel dieser Faktoren in der Verbalisierung des Therapeuten beinhaltet somit, daß Momente des unmittelbaren Betroffenheitserlebens durch bestimmte Situationen außerhalb der therapeutischen Situation für den Klienten als g e g e n w ä r t i g e s und bloß s u b j e k t i v e s Erleben verbal festgestellt werden.

Damit wird eine R e a k t i v i e r u n g dieses Erlebens 'als ob' gegenwärtig bewirkt.

Der Reichtum und die Vielfalt der im Verlauf der Therapie zur Sprache kommenden Erlebensunmittelbarkeit des Klienten ist somit teilweise F o l g e eines Herstellungsprozesses durch die Verbalisierung des Therapeuten. Dies gilt letztlich für alle Momente des Erlebens, die nicht vorrangig aus der Betroffenheit durch die Klient-Therapeut-Beziehung selbst resultieren.

Daß im Rahmen der Gesprächstherapie-Diskussion im allgemeinen - im Gegensatz zur starken Gewichtung der die Reaktivierung begründenden Merkmale der Verbalisierung: Konkretheit, Gegenwärtigkeit, Bildhaftigkeit usw. - dem Prozeß der Reaktivierung nicht (mehr) aktuellen Erlebens eher wenig eigene Bedeutung beigemessen wird, ist nicht zuletzt Konsequenz der Auffassung der Äußerung des Klienten als dessen Versuch, seinem momentanen Erleben sprachlich Ausdruck zu geben. So wird der Begriff 'Vergegenwärtigen' in der Regel auf das Verhältnis zwischen dem Erleben, wie es im Klienten existiert, und dessen 'vergegenwärtigendes' Miterleben durch den Therapeuten bezogen, also in der Bedeutung eines begrifflichen Äquivalentes zum empathischen Verstehen. Das Erleben, das im Verlauf der therapeutischen Interaktion Gegenstand des Verstehens und Verbalisierens wird, ist dabei als je bereits gegenwärtiges 'Hier-und-Jetzt-Erleben' unterstellt. Deutlich wird das an Rogers' Beschreibungen der therapeutischen Empathie, die stets als Einfühlen in das *a u g e n b l i c k l i c h e* - dem Klienten mehr oder weniger bewußte - Gefühlserleben gefaßt ist (vgl. Rogers 1976a, S. 33 - 51).

Daß auch die kognitionstheoretische Konzeption der empathischen Verbalisierung dem Prozeß der *R e a k t i v i e r u n g* vergangenen Erlebens keine besondere Bedeutung zumißt, zeigt Wexlers Bestimmung der Funktion der Verbalisierung: "to reflect the manner, in which information ist prozessed on a *m o m e n t - t o - m o m e n t - b a s i s*". (Wexler 1974, S. 50) (Hervorhebungen, U.D.)

Im Unterschied dazu ist nach den bisherigen Bestimmungen ein Teil des Erlebens des Klienten in der Beziehung zum Therapeuten als *W i r k u n g* der Verbalisierung zu begreifen: Formuliert als bloß subjektives gegenwärtiges Erleben des Klienten erhält auch nicht hier-und-jetzt-virulentes Erleben

in einer Situation außerhalb der Therapie gegenwärtige Wirklichkeit in verbaler Form. Das kann einen Prozeß der Erlebensreaktivierung in Gang setzen (vgl. dazu auch Mohazab u. Ueckerts Begriff der "Aktualisierung", 1982, S. 42).

Im Verhältnis zu den Bestimmungen des neurotischen Konfliktes hat diese Erlebensreaktivierung bereits eine über das bloße Wiedererfahren vergangener Erlebensgehalte hinausgehende therapeutische Dimension. Wie in Abschnitt II.2. ausgeführt wurde, beruht der neurotische Konflikt auf einem zeitlichen und psychischen Auseinanderfallen zwischen reflexiven Funktionen des Klienten und seinem kurzgeschlossenen Erleben in der Betroffenheit. In der Therapie hingegen wird im Klienten bei voller Verfügung über seine reflexiven Fähigkeiten und Voraussetzungen das Betroffenheits e r l e b e n reaktiviert, o h n e die reale belastende Situation und damit ohne den Grund für die Kurzgeschlossenheit. Mit der Erlebensreaktivierung findet somit ein erster Schritt zur Aufhebung des Gegensatzes zwischen den beiden Polen des neurotischen Konfliktes statt.

Die Konfrontation des Klienten mit seinem Erleben als gegenwärtige Wirklichkeit in der F o r m einer verbalen Ä u ß e-
r u n g verweist zugleich auf einen darüber hinausgehenden wesentlichen Unterschied zwischen der therapeutisch induzierten Erlebensreaktivierung und dem einfachen Wiedererleben bzw. dem ursprünglichen Erleben. Dieser Unterschied definiert ein weiteres Charakteristikum der Verbalisierung des Therapeuten in ihrer Existenz für den Klienten:
Der Aspekt der O b j e k t i v i e r u n g unmittelbaren Erlebens durch die verbale Feststellung des Therapeuten.

II.3.5. Die Therapeutischen Funktionen der Verbalisierung (2) : Objektivierung der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten

Die Verbalisierung des empathisch nachvollzogenen Betroffenheitserlebens des Klienten gibt diesem Erleben gegenwärtige Wirklichkeit in einer ganz spezifischen Form: als sprachliche Feststellung einer anderen Person.

Die verbalisierten Gehalte werden als Erleben vergegenwärtigt und zugleich von außen fixiert. Für den Klienten heißt das, daß ihm gleichzeitig mit der erlebensmäßigen Reaktivierung seiner unmittelbaren Betroffenheit dieses Erleben als begrifflich gefaßte Ä u ß e r u n g gegenübergestellt wird.

Was inhaltlich im Klienten erlebensmäßig zurückgerufen und/oder intensiviert ist, wird zugleich von seinem Erleben getrennt, quasi 'objektiv' in den Raum gestellt. Als vom Therapeuten g e ä u ß e r t e s Erleben ist es dem Klienten zugleich ä u ß e r l i c h. Diese äußernde Veräußerung findet ebenso statt, wenn die Therapeut-Klient-Interaktion selbst Gegenstand ist, die Verbalisierung also das gegenwärtige Betroffenheitserleben des Klienten durch die therapeutische Beziehung zum Inhalt hat.¹⁴⁾

Das durch die Verbalisierung vergegenwärtigte Erleben des Klienten unterscheidet sich also in Form und Qualität wesentlich von seinem unmittelbaren Betroffenheitserleben: Ist er im Moment der erlebten Betroffenheit selbst unfähig zur selbst-reflexiven Lösung und deshalb 'Gefangener' seines 'kurzgeschlossenen' emotionalen und kognitiven Erlebens, so wird ihm durch die vergegenwärtigende Verbalisierung des Therapeuten z u g l e i c h unmittelbares Erleben reaktiviert u n d in der objektivierten Form der verbalen Äußerung des Therapeuten gegenübergestellt.

Eine solche Objektivierung und Veräußerung unmittelbaren Erlebens für sich betrachtet gilt innerhalb der klinischen Psy-

chologie im allgemeinen eher als Störung der Persönlichkeitsentwicklung: als schizoide Selbstentfremdung, Ich-Spaltung u.ä..

In Abgrenzung zu dieser tendenziell gestörten Erlebensqualität erhält das z e i t l i c h e Z u s a m m e n f a l l e n von Erlebensreaktivierung und -intensivierung mit seiner objektivierenden Veräußerung ausschlaggebende Bedeutung.

Darüber hinaus verweist die Gefahr der Erlebensentfremdung durch die Veräußerung auf einen neuen Bedeutungsaspekt der klientenzentrierten Therapeutenvariablen Wärme, Zuneigung, unbedingtes Akzeptieren und Echtheit: die dadurch definierte persönliche Beziehung zur gleichzeitigen Intensivierung und Aufrechterhaltung der Erlebensunmittelbarkeit. Sie ist die solide Basis dafür, daß die Verbindung zwischen Erleben und sprachlicher Fixierung erhalten bleibt - im Sinne eines "sprachlich fixierten Emotionalerlebnisses" (Reininger 1970, S. 48).¹⁵⁾

Die Bestimmung der therapeutischen Funktion der Verbalisierung a l s W i r k u n g seitens des Klienten ist auf dem jetzigen Stand der Ableitung noch nicht begriffen. Die verbale Veräußerung des reaktivierten Betroffenheitserlebens durch den Therapeuten ist für sich genommen nur eine V o r a u s s e t z u n g für die selbstreflexive bezugnehmende Lösung des Klienten aus der Kurzgeschlossenheit in der Erlebensunmittelbarkeit. Als realisierter Selbst- und Erlebensbezug existiert das Zugleich von objektivierender Selbstbezugnahme und Erlebensunmittelbarkeit zunächst nur auf seiten des Therapeuten. Dessen empathischer Zustand beinhaltet die Gleichzeitigkeit von Miterleben und Wahrung der zur Verbalisierung erforderlichen distanzierenden Objektivierung des miterlebten Gehaltes.

Auf seiten des Klienten sind diese beiden Erlebens-'abdrücke' jedoch noch auf zwei Personen verteilt: die reaktivierte Erlebensunmittelbarkeit auf seiten des Klienten wird konfrontiert mit ihrer Veräußerung in der Verbalisierung des Therapeuten.

Im Verhältnis zu der in Abschnitt II.2. ausgeführten Identität des Klienten im kurzgeschlossenen Betroffenheitserleben bedeutet die Verbalisierung des Therapeuten ein Aufbrechen der Kurzschlußkette durch einen Außenstehenden. Insofern stellt die Verbalisierung des Therapeuten einen 'Ersatz' für die - beim Klienten im Moment der Betroffenheit versagende - selbstreflexive Funktion dar.

Dem Klienten ist damit *z u n ä c h s t* die Willensanstrengung abgenommen, die die Lösung aus der Kurzgeschlossenheit und die selbstreflexive Bezugnahme erfordert.

Das *Z u n ä c h s t* macht sich für den Klienten darin geltend, daß die Konfrontation mit seinem Erleben in der sprachlich fixierten Form - als einzige 'Antwort' eines Gesprächspartners - zugleich die Aufforderung zur selbstreflexiven Bezugnahme auf das veräußerte Erleben enthält. Insofern beinhaltet der klientzentrierte Kommunikationsmodus nicht nur ein Zulassen und Akzeptieren, sondern auch einen Zwang für den Klienten. Dieser kommt praktisch dann zur Geltung, wenn der Klient eine über die Verbalisierung hinausgehende positive Hilfe vom Therapeuten erwartet - beispielsweise einen Rat - und in diesem Anliegen ebenfalls verbalisierend "auf sich selbst zurückgewiesen" wird (Rokita 1978b, S. 23; vgl. auch Bommert 1977, S. 111; 1982, S. 135/136).¹⁶⁾

Die Herstellung der spezifisch klientzentrierten therapeutischen Beziehung wird also durch die klientzentrierte empathisch-verbalisierende Reaktion definiert: ausgehend von den Äußerungen des Klienten dringt diese Reaktion miterlebend vor in die zugrundeliegenden Erlebensunmittelbarkeit und findet ihren ersten Abschluß in der Verbalisierung. Diese konfrontiert den Klienten mit Momenten seiner unmittelbar erlebten Betroffenheit in vergegenwärtigter, verbal veräußelter Form.

Die Realisierung dieser Definition als Klient-Therapeut-Beziehung setzt voraus, daß der Klient das in der verbalisie-

renden Antwort enthaltene 'Angebot' annimmt. Ihre Wirkung entfaltet sich nur, wenn der Klient sich, als Antwort auf die Verbalisierung, selbst reflexiv auf seine Erlebensunmittelbarkeit bezieht. Selbstexploration (SE) ist also die durch die Verbalisierung des Therapeuten ernötigte Antwort des Klienten.

II.3.6. Das Wechselspiel zwischen Verbalisierung des Therapeuten und Selbstexploration des Klienten

Nimmt der Klient das klientenzentrierte "Beziehungsangebot" (Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1979, S. 57) an, akzeptiert er also den 'heilsamen Zwang' der Verbalisierung, indem er - vermittelt über die verbale Äußerung - selbst auf seine (reaktivierte) Erlebensunmittelbarkeit Bezug nimmt, so findet eine ausschlaggebende Veränderung seines Erlebensbezuges statt im Vergleich zum Zustand im neurotischen Konflikt.

Der Kern dieser Veränderung betrifft die Stellung des Klienten zu sich selbst und seinem Erleben im Moment der Betroffenheit: Im Zustand der Selbstexploration ist das Erleben nicht mehr kurzgeschlossen, der Klient ist nicht mehr 'Gefangener', sondern selbstbewußtes Subjekt seines Erlebens: während er jetzt (wieder-)erlebt, sind seine rationalen und steuernden Ich-Funktionen zugleich soweit aus der Erlebensunmittelbarkeit gelöst, wie es die gleichzeitige reflexive Bezugnahme auf die Erlebensgehalte erfordert. Der Klient ist jetzt autonomes Subjekt seines Erlebens, denn er kann es zugleich beobachten, begreifen, unter Kontrolle halten oder zulassen.

Diese Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges schließt insofern auch eine gewisse *R e l a t i v i e r u n g* der Erlebensevidenz ein, als die absolute Besitzergreifung - die 'Überschwemmung' (Beck 1979) - des Subjektes durch seine Emo-

tionen und Kognitionen im Moment der Betroffenheit ersetzt wird durch eine partielle Herausnahme.

Das reflexive Bewußtsein, 'das ist m\`e i n (und n u r mein) subjektives Erleben' ermöglicht zum-einen den selbstkontrollierenden, ggf. korrigierenden Vergleich mit der Realität. So kann z.B. eine erlebte Enttäuschung über eine Wunschversagung korrigiert werden, weil das rational urteilende Ich auf der Grundlage der erforderlichen 'Distanz' zum Enttäuschungserleben alternative Mittel und Wege zu seiner Befriedigung erkennen kann. In diesem Sinne führt Coulsen den Nutzen des "Verfremdungseffektes" der Verbalisierung darauf zurück, daß das Erleben des Klienten in einer "beinahe objektiven Form" zurückgegeben wird und so "Überprüfung" ermöglicht (Coulsen 1982, S. 146). Zum anderen ermöglicht dieses Bewußtsein auch eine gewisse Aussöhnung mit dem unmittelbaren Betroffenheitserleben: seine Akzeptierung als eines, dem man nicht ausgeliefert ist.¹⁷⁾

Die parallele Veränderung stellt sich in bezug auf die Selbstkontrolle und Selbstbeurteilung her: anstelle der wirkungslosen und deshalb destruktiven Selbstbe(ver)urteilung des Subjektes aus der zeitlichen und psychischen Distanz zum unmittelbaren Erleben tritt die G l e i c h z e i t i g k e i t von selbstexplorativer, selbstbeobachtender Bezugnahme des Subjektes und Erlebensunmittelbarkeit, auf die sich die Selbstexploration bezieht.

Im Wechselspiel zwischen Erlebensverbalisierung des Therapeuten und Erlebensexploration des Klienten wird also ein Prozeß der Modifikation des S e l b s t b e z u g e s des Klienten im Betroffenheitserleben hergestellt. Der Prozeß ist heilsam, indem der Klient die Fähigkeit (wieder-)erwirbt und als Selbstexploration übt, sich im Moment der (reaktiviert) gegenwärtig erlebten Betroffenheit z u g l e i c h so weit aus ihr zu lösen, daß er sie zum Gegenstand der Reflexion und

Aufmerksamkeit machen kann, daß er als betroffenes Subjekt zugleich Bezug auf sein Erleben nehmen kann. Er ist 'Herr' seiner Betroffenheit, indem er sie erlebt und begreift.

Als vollständig beherrschte Leistung des Klienten unter jeder Belastung stellt dieses letzte Resultat des Wechselspiels zwischen Selbstexploration und Verbalisierung das positive Extrem der beiden am neurotischen Konflikt beteiligten polaren Erlebensbezüge dar (vgl. Kap. II. Abschn. 2.6.).

In welchem Ausmaß sich der einzelne Klient innerhalb der therapeutischen Interaktion diesem positiven Pol annähern kann, hängt von Merkmalen des Wechselspiels selbst, von den diesbezüglichen Voraussetzungen des Klienten und von seiner Situation ab. Den Bestimmungen des therapeutischen Wechselspiels und des neurotischen Konfliktes gemäß, hängt das Ausmaß der Wirksamkeit jedoch auf keinen Fall in irgendeiner Weise davon ab, daß sich die Verbalisierung und/oder die Selbstexploration auf emotionales Erleben bezieht.

Angesichts der Zusammengehörigkeit von Emotionen und Kognitionen im kurzgeschlossenen Betroffenheitserleben ergibt sich vielmehr, daß die selbstreflexive Bezugnahme des Klienten an kognitiven und an emotionalen Momenten der Erlebensunmittelbarkeit eingeübt werden kann.

Andererseits gibt es für die einseitige Begründung der therapeutischen Wirksamkeit des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration durch emotionale Prozesse bzw. Veränderungen im emotionalen Erlebensbereich des Klienten den Anschein der Berechtigung, der nicht allein den 'parteilichen' Interpretationen der gefühlszentrierten Auffassung der GPT geschuldet ist. Teilweise ist der Rückgriff auf gefühlsmäßige Vorgänge zur Begründung der therapeutischen Wirksamkeit auch auf die mangelhafte Erfassung der konkreten Praxis durch ihre kognitionstheoretische Interpretation zu-

rückzuführen. Beide Positionen weichen zum Teil wesentlich von den Bestimmungen des vorliegenden GPT-Modells ab.

Vor der positiven Charakterisierung einer kognitiven Tendenz in Unterscheidung zur gefühlszentrierten anhand des Modells werden deshalb - im Anschluß an eine Zusammenfassung des GPT-Modells - die Abweichungen zu den traditionellen und zu den alternativen kognitiven Konzepten diskutiert. Ziel dieser Diskussion ist eine Abklärung der differierenden Standpunkte. Darüber hinaus lassen sich anhand des vorliegenden Therapiemodells gewisse Widersprüchlichkeiten der herkömmlichen GPT-Konzepte aufklären.

II.3.7. Zusammenfassung: Das Modell des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration

1. Das Modell des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration begreift die Gesprächspsychotherapie unter dem Gesichtspunkt einer spezifischen **K o m m u n i k a t i o n**sbeziehung, welche das klientenzentrierte Gespräch von anderen teilnehmenden, emotional positiven Gesprächen auszeichnet. Die **V e r b a l i s i e r u n g** des Therapeuten gewinnt dabei besondere Bedeutung als **d i e**, klientenzentrierte Interaktion definierende, therapeutischen Antwort auf die Äußerungen des Klienten.

2. Die Variablen unbedingtes Akzeptieren/Wärme, Echtheit/Kongruenz erhalten über ihre allgemeine Bedeutung für eine positive zwischenmenschliche Beziehung hinaus Gewicht als Therapeuten-Haltungen, die für die Verbalisierung unmittelbar konstituierend sind: **V o r a u s s e t z u n g** für die Verbalisierung des Erlebens des Klienten durch den Therapeuten ist die empathische Reaktion. Sie zeichnet sich dadurch aus, daß der Psychotherapeut seine Aufmerksamkeit und psychischen Energien darauf konzentriert, aus den Schilderun-

gen des Klienten nachzuvollziehen, was dabei u n m i t -
t e l b a r im Klienten erlebensmäßig vor sich gegangen
sein muß - bzw. vor sich geht. Dieser empathische Nachvoll-
zug impliziert bereits das Bemühen um Kongruenz, welches
direkt konstituierend für die Verbalisierung ist: deren In-
halt soll das vom Therapeuten nachvollziehend miterlebte
Erleben des Klienten im Moment der Betroffenheit sein, und
n u r das. Kongruenz beinhaltet also, daß der Therapeut
selbst reflexiv zu seinem Miterleben Bezug nimmt, um es als
Verbalisierung an den Klienten mitzuteilen.

3. Die Verbalisierung des Gehaltes der empathischen Reaktion
als unmittelbar g e g e n w ä r t i g e s E r l e b e n
d e s K l i e n t e n - formuliert im Präsens, direkter
Rede, konkret und anschaulich, unter Minimierung des Situa-
tions-/Vergangenheitsbezuges -, kann im Klienten eine
R e a k t i v i e r u n g dieses Erlebens in Gang setzen,
'als ob' gegenwärtig betroffen.

Das Moment der Reaktivierung ist stets unterstellt zur Her-
stellung eines 'Hier-und-Jetzt-Erlebens', das sich auf Si-
tuationen, Objekte und Personen außerhalb der Klient-Thera-
peut-Interaktion bezieht. Es verliert an Gewicht in dem Maße,
wie die Beziehung zur Person des Therapeuten selbst Gegen-
stand des Gespräches wird.

4. Die Verbalisierung hält Momente des unmittelbar (ver-)
gegenwärtig(t)en Erlebens in verbaler Form fest: Ihre Äuße-
rung ist zugleich V e r ä u ß e r u n g. Gleichzeitig mit
der Reaktivierung des unmittelbaren Erlebens i m K l i e n t e n
wird ihm dieses in o b j e k t i v i e r t e r Form, als
durch die andere Person veräußertes Erleben, gegenübergestellt.

5. Bezugnehmend auf das Modell neurotischen Erlebens und Ver-
haltens (vgl. Abschn. 2.) kommt so dem Therapeuten die Funk-
tion zu, zunächst stellvertretend für den Klienten dessen

Kurzgeschlossenheit im Betroffenheitserleben aufzubrechen, indem er es von ihm trennt und in begrifflicher Form fixiert. Die verbalisierende Veräußerung als einzige Antwort eines Gesprächspartners enthält zugleich die Aufforderung an den Klienten, seinerseits reflexiv auf das reaktiviert gegenwärtige unmittelbare Erleben Bezug zu nehmen. Die Realisierung der klientenzentrierten Interaktion bedingt, daß der Klient das Angebot des Therapeuten annimmt, d.h. seine Verbalisierung mit Selbstexploration (SE) beantwortet.

6. Geht der Klient auf den 'heilsamen Zwang' der empathisch verbalisierenden Antwort des Therapeuten ein und engagiert sich in Selbstexploration, so stellt er damit für sich selbst einen der Empathie des Therapeuten analogen Erlebenszustand her. Im Wechselspiel zwischen Verbalisieren und Selbstexploration erhält der Klient Gelegenheit zur Übung eines reflexiv-bewußten Selbstbezuges anstelle der distanzlosen Kurzgeschlossenheit in der Erlebensunmittelbarkeit. Ausschlaggebend dabei ist das Z u g l e i c h von Betroffenheitserleben und selbstbewußter Bezugnahme darauf. Endpunkt der Übung ist die (Wieder-)aneignung dieser Fähigkeit durch den Klienten.

7. Aus der Wiederaneignung der Fähigkeit, selbstreflexiv in die Kurzschlußkette des emotionalen und kognitiven Erlebens und Handelns im Moment der unmittelbaren Betroffenheit einzugreifen, eröffnet sich dem Klienten die Möglichkeit effektiver Selbstkontrolle. Zugleich findet eine graduelle Relativierung des unmittelbaren Betroffenheitserlebens statt: dieses verliert an Heftigkeit und Macht und kann so vom Klienten zugleich toleriert und akzeptiert werden.

8. Unter diesem Gesichtspunkt löst sich der anscheinende Widerspruch, daß die K o n t r o l l e des unmittelbaren Erlebens und sein A k z e p t i e r e n Konsequenz ein und desselben Prozesses sein können.

Phänomenal gesicherte Merkmale positiver Veränderungen infolge der Therapie in Richtung erhöhte Selbstkontrolle und Selbststeuerung - eingeschlossen Verzicht auf Wünsche und Bedürfnisse - sind so direkt aus dem Prozeß erklärbar.

Wie die folgende Diskussion der Abweichungen des GPT-Modells zu herkömmlichen Konzepten zeigen wird, stellen die scheidenden klientenzentrierten Therapien ein an sich mit den Konzepten unvereinbares empirisches Phänomen dar. Das Interaktionsmodell hingegen schließt Gefährdungspunkte ein, die unter bestimmten Bedingungen ein Gelingen der Beziehung verhindern können.

II.3.8. Das Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration in den kontroversen GPT-Konzepten

II.3.8.0. Vorbemerkung

Die Untersuchung der wissenschaftlichen GPT-Kontroverse (vgl. Kap. I.) zwischen gefühlszentrierten und kognitions-theoretischen Auffassungen erbrachte unter anderem auch, daß beide Positionen teilweise mit Interpretationen und Bestimmungen arbeiten, die mit einer gewissen Widersprüchlichkeit behaftet sind und in bezug auf die klientenzentrierte Praxis Unsicherheiten zurücklassen oder hervorrufen. Im Vergleich zu den Bestimmungen des vorliegenden Modells enthalten diese Interpretationen zum Teil erhebliche Differenzen. Dies betrifft die jeweilige Auffassung des therapeutischen 'Vorsprungs' der klientenzentrierten Verbalisierung im Verhältnis zu den Äußerungen des Klienten, die Rolle der Selbstexploration im therapeutischen Veränderungsprozeß und Wirkungen der Therapie, die mit den theoretischen Konzepten an sich unvereinbar sind.

Auf die theorieimmanenten Quellen für die Widersprüchlichkeiten und Unsicherheiten wurde bereits in Abschnitt II.2.1. eingegangen. Im Anschluß an das Neurose- und Therapiemodell werden nun die genannten Problembereiche erneut aufgegriffen, um die diesbezüglichen Differenzen zu den beiden GPT-Auffassungen abzuklären.

II.3.8.1 Interpretationen des therapeutischen Vorsprungs der Verbalisierung

In Zusammenhang mit der Begründung des 'Mehr' der Verbalisierung gegenüber den Äußerungen des Klienten wurde bereits darauf verwiesen, daß gefühlszentrierte und kognitiv orientierte Auffassungen gleichermaßen die Äußerungen des Klienten ü b e r seine Erleben als Ausdruck d e s Erlebens selbst begreifen, also aus den Schilderungen des Klienten direkt auf Merkmale seiner Erlebensunmittelbarkeit schließen (vgl. Abschn. II.3.3.).

Im Gegensatz dazu begründet das Neurosemodell (Abschn. II.2.) mit der Bestimmung des neurotischen Konfliktes zwischen kurzgeschlossenem Betroffenheitserleben und reflexiven Funktionen eine spezifische Differenz zwischen den Äußerungen des Klienten aus der reflexiven, dem Betroffenheitserleben gegenüber distanzierten Position und der Erlebensunmittelbarkeit selbst. Aus dieser Differenz folgt ein entsprechendes 'Mehr' der Erlebensverbalisierung des Therapeuten gegenüber den Äußerungen des Klienten.

Die für die GPT-Konzeptionen charakteristische Gleichsetzung der Äußerungen des Klienten mit Merkmalen seines unmittelbaren Erlebens hingegen läßt ungeklärt, inwiefern die Verbalisierung so gesehen über die Äußerungen des Klienten hinausgehen kann.

Theoretisch und praktisch ist das, in der GPT gemeinhin als 'papageienhaftes Nachsprechen' bekannte Problem Ausdruck der Unsicherheit in bezug auf den Vorsprung der klientenzentrierten

Verbalisierung. Der Auffassung der Schilderung des Klienten als Äußerung seines aktuell erfahrenen Erlebens ist praktisch die Tendenz immanent, daß die Erlebensverbalisierung des Therapeuten zur bloßen Wiederholung der Klientenäußerung - in etwas anderen Worten - gerät.

Die GPT-Ausbildung bezieht sich auf diese Gefahr in der Regel negativ; sie bereitet darauf vor mit dem Hinweis, diese immanente Tendenz 'irgendwie' zu vermeiden.

Theoretisch bleibt die Gefahr der bloßen Wiedergabe der Klientenäußerung - und damit auch das 'Irgendwie' der Gefahrvermeidung - ungeklärt bzw. die Erklärungen sind mit einer gewissen Widersprüchlichkeit verbunden: Nach der klientenzentrierten Anweisung soll der Gesprächspsychotherapeut explizit nur das kommunizieren, was er als vom Klienten geäußertes persönliches Erleben des Klienten nachvollziehend miterleben kann. Er soll im Idealfall den Klienten in seinem Erleben so fassen, wie es sich *d i e s e m s e l b s t d a r s t e l l t*. Nicht nur rationale Stellungnahmen, sondern auch eigene, mit dem Klienten nicht empathische Erlebens- und Gefühlsaspekte soll er nach Möglichkeit nicht in die Verbalisierung aufnehmen (vgl. Barret-Lennard 1962, S. 3/4; Biermann-Ratjen et al 1981, S. 47).¹⁸⁾

Ausgehend vom Verständnis der Äußerung des Klienten als eine, die Merkmale seines Erlebens bereits zum Inhalt hat, wirft diese Aufforderung an den Therapeuten, sich in seiner Verbalisierung auf das vom Klienten geäußerte Erleben zu beschränken, ein Problem auf: Inwiefern kann so die Verbalisierung über die Äußerung des Klienten hinausgehen, ein 'Mehr' enthalten als diese selbst?

Zunächst folgt eher ein Weniger, da ein Außenstehender bei noch so viel Empathie im idealen Fall höchstens das Erleben des Klienten in vollem Umfang nachvollziehend verstehen kann. Im Realfall werden es nur Teilaspekte sein.

Minsel bezieht sich auf die Konsequenz der Identifikation des Inhaltes der Äußerungen des Klienten mit Qualitäten seines unmittelbaren Erlebens als ein "Dilemma": das Dilemma zwischen der Implikation, die Verbalisierung müsse der Äußerung des Klienten "inhaltlich Ähnliches" enthalten, und dem Anspruch der Therapie, dem gemäß die Verbalisierung "inhaltlich Unähnliches" formulieren sollte (Minsel 1979 a), S. 63).¹⁹⁾

Minsels Lösung aus dem "Dilemma" ist eine Art mittleres Optimum zwischen Ähnlichkeit und Unähnlichkeit. Er verbleibt damit auf der Ebene eher formaler Kriterien, die er an anderer Stelle (Minsel u. Bente 1979, S.20) präzisiert als "treffende" Formulierung und "korrekte" Interpretation. Dies allerdings bringt dem Therapeuten letztlich keinen Vorsprung, sondern stellt eher ein möglichst gutes Aufholen des 'Weniger' dar, welches das empathische Verstehen so gesehen im Verhältnis zum Erleben des Klienten nur erfassen kann.

Kropf (1976) hält in seiner Analyse der klientenzentrierten Gesprächssituation an der Forderung nach einem 'Mehr' der Verbalisierung des Therapeuten einen Widerspruch fest. Er bezieht sich dabei auf die Bestimmung der empathischen Reaktion durch Rogers (1973a). Dort begreift Rogers die Äußerungen des Klienten als verbale Formulierung dessen, was er 'hier und jetzt' erlebt. In bezug auf die Verbalisierung gelangt Rogers deshalb zu einer Vorschrift an den Therapeuten, die praktisch nicht einlösbar ist: er soll "den Klienten so verstehen, wie der Klient selbst sich erscheint" und "alles wahrnehmen, was der Klient wahrnimmt". Zugleich soll er aber "noch mehr" verstehen, als der Klient selbst erlebt (Rogers 1973a), S. 44).

Kropf hält dies als Widerspruch fest und schließt daraus, daß vom Standpunkt der GPT "ein Verstehen über das von ihm (dem Klienten, U.D.) selbst Gesagte gar nicht möglich" sei (Kropf 1976, S. 126/127).

Die - entgegen Kropfs konsequentem Beharren auf dem Widerspruch - angeführten Lösungsvorschläge enthalten in der Regel sehr vage und/oder idealisierende Bestimmungen des 'Mehr' der Verbalisierung im Verhältnis zur Äußerung des Klienten. So spricht Rogers - ausgehend von der gegensätzlichen Vorschrift, dasselbe wie der Klient und doch mehr als dieser zu verbalisieren - der empathischen Reaktion des Therapeuten die Potenz zu, dem Klienten selbst "kaum bewußte Gefühlsbedeutungen" nachzuvollziehen und mitzuteilen (Rogers 1976a), S. 36 - 77, zit. nach Tausch 1979, S. 36). Seine Warnung: "ohne jedoch zu versuchen, die Gefühlsbedeutungen aufzudecken, deren sich der andere völlig unbewußt ist" (Tausch 1979, S. 36), unterstellt eine Fähigkeit des klientenzentrierten Therapeuten, Erlebnismomente des anderen mitzuerleben, die dieser selbst gar nicht bewußt erlebt. Explizit macht Rogers dies in seiner "Beschreibung einer personenzentrierten Haltung" (1982, S. 75), wo er "unter dem Bewußtseinsniveau" des Klienten befindliche Bedeutungen zum Wesentlichen des therapeutischen Verstehens erklärt (S. 76). Tausch (1979) beruft sich in seinen eigenen Aussagen zum Vorsprung der therapeutischen Verbalisierung auf die Bestimmungen Rogers' als Ausdruck seiner prinzipiellen Übereinstimmung mit ihm (Tausch 1979, S. 32, 37, 42).

Biermann-Ratjen et al (1979) bestimmen als Material der empathischen Reaktion des Therapeuten Äußerungen des Klienten, die bereits Symbolisierungen seines unmittelbaren Erlebens beinhalten. Sie setzen also ebenfalls die Schilderungen des Klienten mit Merkmalen der Erlebensunmittelbarkeit gleich. Auf seiten des Klienten wird dabei ein der therapeutischen Empathie analoger Zustand vorausgesetzt (Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1979, S. 11, 20). Folgerichtig verbleibt ihr Festhalten am 'Vorsprung' der Symbolisierung des Therapeuten als eine, die "deutlicher" als die Äußerung des Klienten sein soll, sich auch auf "in der Luft liegendes" Erleben

(ebd., S. 59) oder "hinter der Abwehr zu Vermutendes" (ebd., S. 54) beziehen soll, relativ unbestimmt und teilweise spekulativ. Dieselbe Unbestimmtheit hinterläßt Kwiatkowskis Hinweis, der Therapeut solle aus den Äußerungen des Klienten eine "dahinterliegende Ebene" heraushören (Kwiatkowski 1980, S. 95). Mohazab und Ueckert nennen es "die mitschwingenden Anteile" der Klientenäußerungen (Mohazab u. Ueckert 1982, S. 36).

Schwartz bringt die Ungeklärtheit des 'Mehr' in seiner Operationalisierung der Variablen "Weitergehen" zum Ausdruck, indem er den Vorsprung des Therapeuten nur noch negativ definiert als

"... Probleme des Klienten aus dessen Sicht sehen, ohne (Hervorhebung, U.D.) sich auf eine bloße Spiegelung der Klientenäußerung zu beschränken."
(Schwartz 1975, S. 101; vgl. auch Petrossian 1983, S. 37)

Auckenthaler zieht daraus die Konsequenz, daß der Gehalt der Verbalisierung - wie alles Verhalten - dem Bemühen um Kongruenz und Wertschätzung gegenüber "gleichgültig" sei (Auckenthaler 1982, S. 138).

Diese und analoge Stellungnahmen zum Gehalt der Verbalisierung verbleiben letzten Endes in einer begrifflichen Widersprüchlichkeit, worin das 'Mehr' der Antwort des Gesprächspsychotherapeuten gegenüber dem Gehalt der Aussagen des Klienten bestehen soll. Ohne genaue Bestimmung, was nun - angesichts der Aufforderung, das eigene Verstehen möglichst in Identität mit den vom Klienten geäußerten Erfahrungen zu bringen, - das irgendwie 'Dahinterliegende'/'In-der-Luft-Liegende' sei, wird letztlich nur die praktisch-erfahrungsmäßige Gewißheit zum Ausdruck gebracht, daß irgendwie der Therapeut gegenüber dem Klienten einen 'Vorsprung' hat. Oder anders herum ausgedrückt: wenn er als Therapeut "nichts mehr im Sack" hat, fühlt er sich "hilflos" (Wiltshko 1980, S. 4).

In bezug auf die alternativen kognitions-/informationstheoretischen Ansätze läßt sich aus den theoretischen Auffassungen der therapeutischen Funktion auf das 'Mehr' schließen, welches demgemäß die Verbalisierung des Therapeuten der Äußerung des Klienten voraushaben muß.

Anderson deutet mit der Funktionsbestimmung der Verbalisierung: "... it vivifies an amplifies (these) rules an schemas" (Anderson 1974, S. 39) darauf hin, daß die Äußerung des Therapeuten lebendiger und weiter sein muß.

Wexler verweist auf die größere Differenziertheit und Organisiertheit der Therapeuten-Äußerung zur Erfüllung der Funktion:

"... to differentiate or integrate the meaning of the client's experience more effectively than the structures, the client generated himself."
(Wexler 1974, S. 97)

Ausgehend von den kognitions-/informationstheoretischen Konzepten werden von verschiedenen Autoren der kognitiv orientierten Position (vgl. Abschn. I.3.) die entsprechenden Qualitäten der Therapeutenäußerungen - wie Differenziertheit, Konkretheit, Lebendigkeit, Organisiertheit usw. - für das 'Mehr' angegeben. Diese positiven Antworten beziehen sich also weitgehend auf eher sprachformale Merkmale. Deren praktisch - und damit auch theoretisch - nachgeordnete Bedeutung für die ausschlaggebenden Wirkungen klientenzentrierten Verstehens und Verbalisierens wurde bereits diskutiert (vgl. Baumann 1981; Phillip-Dormston 1979, 1980; Howe 1980).

Lerntheoretische und konflikttheoretische Begründungen greifen in bezug auf den Vorsprung der klientenzentrierten Verbalisierung eher auf s e l e k t i v e - bestimmte Äußerungen des Klienten verstärkende/löschende - Funktionen zurück, die dem Klienten die Annäherung an die Angst auslösenden und/oder vermiedenen 'Konfliktregionen' erleichtern (vgl. Martin 1975, Perrez 1975, Mempel, Müller u. Zielke 1980; vgl. auch Abschn. I.3.),

Der Vorsprung des Therapeuten wäre also seine Fähigkeit, Nähe (bzw. Vermeidung) des Klientenerlebens zu einem unbestimmten, Angst auslösenden Ereignis zu erkennen..

Diese selektive Funktion widerspricht zum einen tendenziell der Klientenzentriertheit und Nicht-Direktivität des therapeutischen Verbalisierens und Verstehens. Zum anderen unterstellt auch sie dem Therapeuten die Potenz des Mitvollzuges von Erlebensgehalten, die dem Klienten selbst verborgen sind. Darüber hinaus legen die Befunde einer Untersuchung zur selektiven Funktion der Verbalisierung von Howe (1980) nahe, daß diese eine eher nachgeordnete Rolle für die klientenzentriert bewirkten Veränderungen spielt.

Festzuhalten aus der Diskussion des 'Mehr' der Therapeuten-Verbalisierung gegenüber der Klientenäußerung ist ein - den verschiedenen Auffassungen gemeinsamer - Widerspruch: Auf der einen Seite steht die Forderung an den Therapeuten, im Idealfall das Erleben des Klienten so nachzuvollziehen und zu verbalisieren, wie es sich dem Klienten selbst darstellt und er selbst es mitteilt. Auf der anderen Seite steht die Sicherheit und Notwendigkeit, daß das Verstehen und die Verbalisierung des Therapeuten über die Äußerungen des Klienten hinausgehen muß. Theoretische Versuche, die Frage nach diesem Vorsprung des Therapeuten zu beantworten, verbleiben entweder auf der Ebene des vagen 'Irgendwie' oder der nur sprachformalen Merkmale. Die offensichtliche Unzulänglichkeit dieser Lösungen läßt dann die idealistische Annahme eines klientenzentrierten Therapeuten mit der (Omni-)Potenz zum empathischen Verstehen von Erlebensgehalten, die der Verstandene selbst nicht bewußt erfährt, als letzten Ausweg erscheinen. Basis dieses Widerspruches ist die Identifizierung der Äußerungen des Klienten mit Gehalt und Qualität des zugrundeliegenden unmittelbaren Erlebens selbst.

Aus den Bestimmungen des vorliegenden Interaktionsmodells hingegen resultiert eine spezifische Differenz zwischen den Schilderungen des aus der zeitlich-psychischen Distanz reflexiv bezugnehmenden Klienten und dem unmittelbaren Erleben selbst, auf das er sich bezieht. Diese Differenz enthält zugleich eine Bestimmung des Vorsprunghes, den das Verstehen und Verbalisieren des Therapeuten gegenüber den Äußerungen des Klienten einschließt. Dieses 'Mehr' tritt nicht im Gegensatz zur Forderung, n i c h t m e h r als das Erleben und die Erfahrungen des Klienten aufzugreifen und mitzuteilen. Umgekehrt, gerade weil der Therapeut, wenn er die Klienten-Äußerungen als Stellungnahmen und Urteile über sein Erleben im Nachhinein begreift, diese nur als Material aufnimmt, um das im Moment der Betroffenheit unmittelbar bewußte Erleben selbst empathisch nachzuvollziehen und dem Klienten mitzuteilen, geht seine Verbalisierung über die Äußerung des Klienten hinaus.

So gesehen findet die vage und idealistische Bestimmung des Verhältnisses zwischen Äußerung des Klienten und Verbalisierung des Therapeuten eine begriffliche Auflösung: im Verhältnis zwischen den Polen: Erlebensreflexivität und Kurzgeschlossenheit, die im neurotischen Fall auseinanderfallen bis zur Gegensätzlichkeit.

II.3.8.2. Interpretationen der therapeutischen Dimension der GPT

Hand in Hand mit der, für die GPT-Konzepte charakteristischen Gleichsetzung der Äußerungen des Klienten mit Merkmalen seiner Erlebensunmittelbarkeit und der resultierenden widersprüchlichen Interpretation des Vorsprunghes der Verbalisierungen des Therapeuten, weichen auch die Bestimmungen der Funktionen der Verbalisierung für den therapeutischen Veränderungsprozeß wesentlich von den therapeutischen Funktionen (1) und (2) ab, wie sie in Abschnitt 3.4. und 3.5. bestimmt sind. So wird das, der Erlebensverbalisierung immanente Mo-

ment der Erlebensobjektivierung und -distanzierung in der GPT-Diskussion im allgemeinen nicht als eine therapeutische Qualität des klientenzentrierten Gesprächs aufgegriffen. Wenn von fachwissenschaftlicher Seite überhaupt darauf Bezug genommen wird, dann fast ausschließlich auf die Gefahr, die der i s o l i e r t e n Objektivierung und Veräußerung eigen ist (vgl. Abschn. II.3.5.). Die 'heilsame' Wirkung des Gespräches wird dann vorwiegend auf die klientenzentrierten Haltungsveränderungen zurückgeführt - das "Verstehen des Helfers" (Tausch 1979, S. 117), seine "Achtung vor dem Fühlen, Zuhören, Zulassen" (Zaumseil 1980, S. 30) und die "Bereitschaft, den Klienten Gefühle auf seine Art haben zu lassen" (Kwiatkowski 1980, S. 75) oder das Angebot des "Erlebens, damit er (der Klient) die Chance hat, das eigene Erleben sich entwickeln zu lassen" (Schnabel 1983, S. 6). Biermann-Ratjen et al führen den innerpsychischen Zustand des Therapeuten, seine Selbstempathie als die Wirkgröße an (1979, S. 81) und Pfeiffer die zwischenmenschliche Beziehung (1980a, b).

Die alternativen, kognitiv orientierten Ansätze gehen in der Regel gar nicht auf Prozesse und Wirkungen ein, die mit Erlebensobjektivierung und -distanzierung verbunden sind. Ihre eher sprachformalen Kriterien wie Konkretheit, Differenziiertheit, Integriertheit des Erlebens bzw. der Äußerungen, aber auch Merkmale wie Bedeutungserweiterung usw. sind solchen Qualitäten, die den Selbst- und Erlebens b e z u g betreffen, eher äußerlich (vgl. dazu auch Abschn. I.5.).

Das klientenzentrierte Verbalisieren wird so - mit einigen Ausnahmen, wie die genannten Charakterisierungen von Muchielli (1972) und Coulsen (1982) (vgl. Abschn. II.3.5.) - von beiden Ansätzen als die GPT auszeichnendes, therapeutisches Instrumentarium nicht in vollem Umfang begreifbar. Entweder stellt sich diese Variable als potentieller Gegensatz zur Therapie dar, oder aber es werden lediglich die eher sprach-

formalen bzw. die erlebensreaktivierenden Merkmale der Therapeutenäußerung als therapeutisch wirksam anerkannt.

Wird jedoch die Leistung der klientenzentrierten Verbalisierung - die therapeutischen Funktionen Erlebensreaktivierung (1) bei gleichzeitiger Erlebensveräußerung (2) - nicht einbezogen, so wird der Zusammenhang zwischen der Problematik des Klienten und der spezifisch therapeutischen Wirksamkeit der Interaktion nicht mehr klar ersichtlich. Da die identifizierten Wirkungsgrößen ohne einzigartige therapeutische Besonderheit insgesamt für sehr positive, offene und verständnisvolle Kommunikationsbeziehungen mit einem Partner, der sich darüber hinaus noch klar und anschaulich ausdrücken kann, zutreffen, löst sich die therapeutische Spezifik auf in außergewöhnliche Forderungen an die menschlichen und intellektuellen Qualitäten des Gesprächstherapeuten: so z.B. die Forderungen, dem Partner nicht bewußtes Erleben zu verstehen, einzigartige persönlich-emotionale Beziehungen zu jedem Klienten zu haben, und zwar ohne Professionalität oder Heuchelei (Kongruenz), in bezug auf sprachformale Qualitäten jedem Klienten voraus zu sein usw. usf.. In diesem Sinne bewertet Coulsen die Verbalisierung als Hilfe für den Klienten und für den Therapeuten selbst, den sie vor Ängsten angesichts übermenschlicher Anforderungen bewahrt (Coulsen 1982, S. 146 f.). Auf der anderen Seite erscheint in dem Maße, wie die alternativen Begründungen der GPT durch die eher sprachformalen Merkmale der Verbalisierung den tatsächlichen Prozeß und die erlebbaren Veränderungen nicht überzeugend repräsentieren (vgl. dazu Abschn. II.2.1.), die Festlegung der therapeutischen Reaktion auf emotional-organismische Erlebensqualitäten bis hin zum Rückgriff auf unbewußtes Erleben notwendig, um der Interaktion eine therapeutische Besonderheit gegenüber anderen Interaktionen zu verleihen. Auf diesem Hintergrund werden offensichtliche Phänomene in bezug auf die neurotische Problematik des Klienten und auf die therapeu-

tisch bewirkten Veränderungen, die vom Schema Gefühlsverleugnung versus Gefühlsoffenheit und Selbstakzeptierung abweichen, unbegreiflich; so der Bereich der kognitiven Störungen und Veränderungen.

Der in Kapitel I bereits hervorgehobene Ansatz von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1979, 1980, 1981) fällt teilweise aus dem Rahmen der besprochenen Konzepte und erfordert daher eine gesonderte Diskussion. Ihre Neudefinition des klientenzentrierten Therapeutenverhaltens wendet sich explizit gegen die Überschätzung der therapeutischen Haltungsvariablen und der tiefen emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Gegen die darin enthaltene Gleichsetzung der klientenzentrierten Interaktion mit einer allgemein positiven zwischenmenschlichen Beziehung halten sie an der therapeutischen Dimension fest, für die die Haltungen des Therapeuten und die Therapeut-Klient-Beziehung funktional sein müssen. Als einzigartige und einzig wirklich therapeutische Dimension der Interaktion anerkennen die Autoren den **Z u s t a n d** des Therapeuten bei der empathischen Reaktion - gekennzeichnet als Selbstempathie des Therapeuten - der quasi ein Gegenstück zur Inkongruenz des Klienten darstellt.

Die Ausführungen dieser selbstempathischen Selbstbeziehung des klientenzentrierten Therapeuten unterstellen im Kern die gleichzeitig miterlebende und auf das Erleben benutzugnehmende selbstreflexive Haltung, also das reflexive Extrem der in Abschnitt II.2. diskutierten beiden Möglichkeiten des Selbst- und Erlebensbezugs (vgl. Biermann-Ratjen et al 1979, S. 15 ff.; vgl. auch Biermann-Ratjen und Eckert 1982, S. 36 - 39).

In Abschnitt II.3.5. wurde diese Qualität der empathischen Reaktion als ganz spezifische Charakteristik begründet, die der empathischen Reaktion permanent eigen ist, da sie für die anschließende Verbalisierung des empathischen Miterlebens unerlässlich ist. Biermann-Ratjen et al hingegen gehen weder auf die Bedingtheit durch die klientenzentrierte Verbalisierung noch auf das in der empathischen Haltung eingeschlossene Moment

der Erlebensdistanzierung und -objektivierung ein. Statt dessen setzen sie die Selbstempathie des Gesprächstherapeuten mit einer idealen Selbstbeziehung gleich, die sie in Anlehnung an Rogers' Konzeption mit einer gefühlslassenden und erfahrungsoffenen Haltung identifizieren (vgl. Biermann-Ratjen et al 1979, S. 26; Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 36/37).

Selbstempathie als Zustand des Therapeuten fällt für Biermann-Ratjen et al zusammen mit dem Vorsprung des Therapeuten gegenüber dem Klienten und dessen 'Inkongruenz'. Dementsprechend ist die therapeutische Interaktion dann gelungen, wenn sich auf seiten des Klienten ebenfalls der selbstempathische Selbstbezug herstellt (ebd., S. 36, 51).

Der Zentrierung auf den Selbstbezug des Therapeuten entsprechend in konsequenter Fortsetzung wird die klientenzentrierte Verbalisierung lediglich als **I n d i k a t o r** der Selbstempathie des Therapeuten anerkannt, also als Vermittler seines gefühlslassenden innerpsychischen Zustandes. Sie wird als eigener Wirkungsträger nicht diskutiert, so daß letztlich unbestimmbar wird, wie und ob sich der Selbstbezug des Therapeuten auf den Klienten überträgt.

Praktisch führt diese Reduktion der therapeutischen Funktion auf den selbstempathischen Zustand des Therapeuten dazu, daß an und für sich die klientenzentrierte Interaktion nur als allgemeines "Angebot" bestimmbar ist, "das manche Klienten für einen selbstempathischen Prozeß nutzen können, andere nicht" (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 52).

Obwohl Biermann-Ratjen et al dies an anderen Konzepten teilweise kritisieren, resultiert so auch in ihrem Ansatz aus der Reduktion der therapeutischen Funktionen auf den empathischen Zustand bzw. aus der Gleichsetzung der selbstempathischen, erlebensbezugnehmenden Haltung mit intensivem, zulassendem Erleben ein Gegensatz zwischen Erlebensreaktivie-

rung und -intensivierung einerseits, reflexiv-objektivierenden Momenten der Therapie auf der anderen Seite. Gesicherte Wirkungen der Therapie in Richtung Selbst- und Gefühlskontrolle, Problembewältigung usw. werden zwar als quasi automatische Folge der Gefühls- und Selbstakzeptierung behauptet, sind jedoch durch die theoretischen Bestimmungen nicht zu begründen.

Im Unterschied dazu begründen die therapeutischen Funktionen (1) und (2) der klientenzentrierten Verbalisierung einen Lernprozeß bzw. eine Dimension der Veränderungen auf seiten des Klienten im Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration, die als allgemeine Qualität des Selbst- und Erlebensbezuges auch außerhalb der therapeutischen Interaktion für die Bewältigung belastender Situationen ausschlaggebend ist.

In bezug auf die Konzeption der Selbstexploration bzw. der klientenzentriert bewirkten Veränderungen weichen herkömmliche Bestimmungen ebenfalls erheblich von denen des Modells ab. Die hauptsächlichen Differenzen werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

II.3.8.3. Interpretationen der Selbstexploration des Klienten

Den Auffassungen der klientenzentrierten Verbalisierung entsprechend, werden auch in bezug auf die Selbstexploration des Klienten Momente der Erlebensobjektivierung und -distanzierung in der Regel nicht als positive Qualitäten in die theoretischen Konzepte einbezogen. Wenn sich die Interpretationen überhaupt explizit darauf beziehen, dann als eine Gefährdung der therapeutischen Beziehung und des Erfolges, die zu vermeiden ist.

Im Gegensatz zu diesem theoretischen Selbstverständnis der GPT wird hingegen bei beschreibenden Darstellungen der Selbstexploration die graduelle Erlebensobjektivierung und-distanzierung stets als phänomenal gegebener Ausgangspunkt unterstellt. So wird an den Beschreibungen und Skalendefinitionen deutlich, daß gelungene Selbstexploration in erster Linie durch die Gleichzeitigkeit von Erlebensreaktivierung und reflexiv-objektivierender Bezugnahme gekennzeichnet ist, wie sie in Abschnitt II.3.6. bestimmt ist: Daß der Klient zugleich unmittelbar (wieder-)erlebt u n d sich dabei als Erlebenden beobachtet, sich reflexiv auf seine Erlebensgehalte bezieht, um sie als begriffliche Äußerung zu fassen, wird selbstverständlich unterstellt. Bense bringt das Moment der Objektivierung greifbar zur Anschauung, indem er die Erlebensunmittelbarkeit während der selbstexplorativen Bezugnahme mit einem "klaren B i l d (Hervorhebung, U.D.) dessen, was sein (des Klienten, U.D.) Erleben für ihn bedeutet" (Bense 1979, S. 90), vergleicht (vgl. dazu Pfeiffer 1975, S. 86/87; Bommert 1977, S. 91).²⁰⁾

Darüber hinaus macht Minsels Charakterisierung der Selbstexploration des Klienten als "Auseinandersetzung mit" den "Formulierungen" des Therapeuten (Minsel 1979 a), S. 90) deutlich, daß die Erlebensobjektivierung durch die Verbalisierung des Therapeuten bedingt wird.

Daß die am Phänomen Selbstexploration selbstverständlich unterstellte, durch die Verbalisierung vermittelte Erlebensobjektivierung theoretischerseits gar nicht oder nicht als positiver Faktor anerkannt wird, geht Hand in Hand mit den idealisierenden Interpretationen der Verbalisierung und der Gleichsetzung der Äußerungen des Klienten mit dem geäußerten Erleben selbst. So wird Selbstexploration als mehr oder weniger natürliches Streben diskutiert, welches dem Subjekt-Sein per se eigen ist. Entsprechend wird die GPT-Interpretation als B e d i n g u n g aufgefaßt, dieses Streben f r e i-

z u s e t z e n. Das Eingehen des Klienten auf die in der Verbalisierung implizite Nötigung, sich selbst explorativ-reflexiv auf das eigene Erleben zu beziehen, wird mit befreitem Selbst e r l e b e n in eins gesetzt, "die Therapie" gilt als "E r f a h r e n (Hervorhebung, U.D.) des Selbst" (Rogers 1973a), S. 166; vgl. auch Rogers zit. nach Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1981, S. 46; vgl. auch Schnabel 1983, S. 6; Mohazab u. Ueckert 1982, S. 34)²¹⁾

Die in der Gleichsetzung der Erlebens e x p l o r a t i o n mit bewußter E r f a h r u n g enthaltene anthropologische Unterstellung wird von Biermann-Ratjen und Eckert expliziert: Für sie hat der Mensch ein ihn auszeichnendes "Bedürfnis" nach "Bewußtsein des eigenen Existierens und Funktionierens", was ihnen identisch ist mit Erfahrung (Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 36/37).

Andererseits besteht jedoch der Anspruch, daß die bloße Selbsterfahrung in der Therapie einen Unterschied zur ursprünglichen Erfahrung hat, der die heilsame Wirkung der Wiedererfahrung begründet. Hierzu wird dann auf eine Konstruktion zurückgegriffen, die in sich widersprüchlich und real unvorstellbar ist: die nicht-therapeutische ursprüngliche Erfahrung soll Teile ihrer selbst vom Bewußtsein ausschließen bzw. ausgeschlossen haben, die dann irgendwie weiter als nicht-bewußte Erfahrungen existieren und in der gewährleistenlassenden therapeutischen Atmosphäre wieder zu bewußten Erfahrungen werden (Vgl. Pfeiffer 1975, S. 75; 1982, S. 31 f.; Auckenthaler 1981, S. 12 ff.; 1982, S. 138 ff.; Biermann-Ratjen et al 1979, S. 20; Biermann-Ratjen u. Eckert 1982, S. 36 - 39; u.a.)²²⁾

Biermann-Ratjen et al (1979) begründen den Veränderungsprozeß, den die Öffnung gegenüber nicht bewußten Gefühlserleben bewirken soll, mit einem veränderten Selbstbezug des Klienten zu seinen Gefühlen und Gefühlsbedeutungen, wie er den

Zustand der Selbstexploration (für die Autoren dasselbe wie Selbstempathie) charakterisiert. Dabei spielt die Erlebenssymbolisierung eine wichtige Rolle - also die Leistung des Klienten, sich im Erleben zugleich soweit daraus zu lösen und sich betrachtend darauf zu beziehen, daß die verbale Formulierung des Erlebens möglich ist. Dessen ungeachtet setzen jedoch auch Biermann-Ratjen et al die Bereitschaft des Klienten zu Selbstempathie mit dem **Z u l a s s e n** und **A k z e p t i e r e n** der Gefühle gleich (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 36, 59). Diese Interpretation folgt konsequenterweise aus der Beurteilung, der empathische verbalisierende Selbstbezug des klientenzentrierten Therapeuten sei das Angebot und Vorbild einer idealen Selbstbeziehung, und aus der Gleichsetzung der Erlebensunmittelbarkeit mit den Gefühlen und ihren Bedeutungen in der Selbstexploration.

Auf der anderen Seite führt die Gleichsetzung der Selbstexploration mit Selbsterfahrung dort zu widersprüchlichen Bestimmungen, wo unausgesprochen darauf zurückgegriffen wird, daß erstere eine über das bloße Selbsterleben und Gewährenlassen von Erfahrungen hinausgehende und teilweise entgegengesetzte Leistung des Klienten ist. "Sich-selbst-erfahren-können" und seine Gefühle zulassen dürfen wird dann in eins gesetzt mit dem "Arbeiten an sich selbst" (Tausch 1979, S. 138) oder damit, sich selbst "in Frage zu stellen" (Pavel 1978, S. 20). Die Entscheidungsfrage über klientenzentrierte Psychotherapie wird somit in letzter Konsequenz dem Klienten überantwortet: an ihm liegt es letztlich, "ob er das empathische, echte, akzeptierende Beziehungsangebot erträgt und annimmt" (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 12).

So kann die Gleichsetzung der Selbstexploration des Klienten mit intensivierter, erweiterter Selbsterfahrung und die Auffassung der empathischen Verbalisierung als bloß permissives Gewähren- und Zulassen praktisch zur Folge haben, daß ein negativer Verlauf der therapeutischen Interaktion aus deren

Spezifik selbst nicht erklärt werden kann. Das Nicht-Zustandekommen der therapeutischen Beziehung ist per Definition ein Beleg für die Unfähigkeit des Klienten, sich selbst gegenüber offen zu sein.

Darüber hinaus bleiben Merkmale der positiven therapeutischen Veränderungen seitens des Klienten, die auf erhöhte Kontrolle des Subjektes über seine emotionalen und kognitiven Erfahrungen verweisen, letztlich unbegriffen (siehe Abschn. I.3.). Diese kognitiven Veränderungen als Resultat kognitiver therapeutischer Prozesse zu begreifen, beanspruchen die alternativen kognitionstheoretischen GPT-Interpretationen. Theorieimmanente Schwächen des Ansatzes aufgrund der unmittelbaren Übertragung kognitionspsychologischer Konzepte auf die GPT und der damit verbundenen extremen Abstraktheit wurden bereits diskutiert. Im Verhältnis zu der tatsächlichen Leistung des Klienten im selbstexplorativen Zustand, wie sie den traditionellen Beschreibungen der SE als Selbst- und Erlebensbezugsnahme noch zu entnehmen ist, erscheinen die kognitionstheoretischen Begründungen der Selbstexploration als Strukturierung und Differenzierung des explorierten Erlebens offensichtlich verkürzt.

Andererseits sind diese kognitiven Leistungen auf der Basis des vorliegenden Modells als Folge der reflexiv-objektivierenden Erlebensbezugsnahme des Klienten im selbstexplorativen Prozeß erklärbar: Dadurch, daß der Klient nicht mehr in seiner Erlebensunmittelbarkeit kurzgeschlossen fühlt, denkt und handelt, sondern zugleich distanzierend darauf Bezug nehmen kann, ist es ihm auch möglich, neue Aspekte zu finden bzw. die verschiedenen Erlebensaspekte zu differenzieren. Zum einen werden so dieselben Leistungen erklärbar, ohne die kognitiven Fähigkeiten des Klienten prinzipiell anzuzweifeln und ohne therapeutische Veränderungen in bezug auf die absoluten kognitiven Voraussetzungen zu

behaupten, die aus den Grundbedingungen der GPT nicht ein-
sichtig sind. Zum anderen erhalten diese Leistungen die
ihnen gemäße Position als zusätzliche mögliche Effekte einer
wesentlicheren zugrundeliegenden Veränderung des Selbst- und
Erlebensbezuges des Klienten. Dies steht auch in Überein-
stimmung mit den diesbezüglichen empirischen Befunden (vgl.
Abschn. I.3.3.).

Im Verhältnis zu den traditionellen Auffassungen, die den
veränderten Selbst- und Erlebensbezug des Klienten als offe-
ne, akzeptierende Beziehung zu seinen Gefühlen andeuten,
klären die Bestimmungen des Modells, inwiefern Kontrolle und
Toleranz zusammengehörige Momente eines veränderten Bezugs
auf das Erleben sind. Anstelle des Gegensatzes zwischen Er-
lebensdistanzierung und Gefühlsakzeptierung resultiert aus
der Fähigkeit des Klienten, in der Erlebensunmittelbarkeit
zugleich reflexiv auf die erlebten Gehalte Bezug zu nehmen,
eine spezifische Art der Erlebens k o n t r o l l e und der
Selbst a k z e p t i e r u n g: die gleichzeitige reflexive
Distanzierung anstelle der Kurzgeschlossenheit in der Be-
troffenheit ermöglicht dem Klienten sowohl die Versöhnung
mit seinem Erleben als eines, das er als Subjekt beherrscht,
als auch ggf. Korrektur des Erlebens, Bedürfnisverzicht usw..
Bewirkt ist diese Fähigkeit durch das therapeutische Wechsel-
spiel zwischen Selbstexploration und Verbalisierung, das für
den Klienten nicht bloß permissiv ist, sondern Forderungen
enthält. Will er nämlich das 'Beziehungsangebot' annehmen,
so muß er sich aus seiner Betroffenheit so weit lösen, daß
er die Verbalisierung selbstexplorativ nutzen kann. Weil
diese Leistung für den neurotischen Klienten n i c h t
selbstverständlich ist²³⁾, enthält das klientenzentrierte
Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration
auch Bedingungen für ein Scheitern der Beziehung.

II.3.8.4. Ungeklärte negative Wirkungen der klientenzentrierten Therapie

Während einerseits die praktische Erfahrung und empirische Untersuchungen zeigen, daß klientenzentrierte Therapie eine Vielzahl von positiven Veränderungen zeitigt, die über die aus den Konzepten resultierenden Dimensionen hinausgehen (vgl. Abschn. I.3.3.), gibt es solche Abweichungen auch im negativen Sinn:

Ein ungeklärter Bereich innerhalb der GPT sind die regelmäßig anfallenden erfolglosen, teilweise sogar verschlechterten Therapiefälle. Diese stellen keine ausnahmsweisen Mißerfolge dar, sondern werden fast schon als zur GPT gehöriger 'gewisser Prozentsatz' behandelt (vgl. Bommert 1982, S. 112; vgl. auch Schwartz 1975; Phillip-Dormston 1979/1980). Tausch begründet dieses Problem in erster Linie mit der zu geringen Ausprägung der drei Grundvariablen seitens des Helfers (Tausch 1979, S. 293; 1980, S. 208); in zweiter Linie führt er die mangelhafte Bereitschaft bzw. Fähigkeit des jeweiligen Klienten zur Selbstöffnung an (Tausch 1979, S. 294, 101/102). Zumindest die erste Begründung scheint empirisch nicht haltbar zu sein. Wie Minsel (1979) in seinem Gutachten zusammenfassend vermerkt, treten die negativen Ausgänge bei günstigen wie ungünstigen Therapeuten-Interventionen gleichermaßen auf.

Rogers selbst stößt bereits in den Anfängen seines therapeutischen Wirkens auf Fälle, in denen seine Bemühungen fehlschlagen. Seine Begründung identifiziert einerseits den Klienten, der "kein passender Kandidat" (Rogers 1972, S. 211) sei und/oder unter zu wenig Druck stehe (Rogers 1972, S. 76). Darüber hinaus räumt er der Therapie selbst negative Wirkungen ein, wenn der Therapeut die Grundvariablen ungenügend realisiert, was nach Minsel durch die bisherige Forschung nicht gestützt wird (Rogers 1973a), S. 180).

Im Zusammenhang mit den Interpretationen erscheinen destruktive Wirkungen zunächst unmöglich: Wie sollte ein Prozeß, der die Freiheit einräumt, in einer positiven emotionalen Beziehung seinem Erleben näher zu kommen, intensiv zu erleben und sich selbst zu akzeptieren, auf Widerstand des Klienten stoßen oder/und aversives Erleben erzeugen? Aus den Bestimmungen des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und SE ergeben sich hingegen unmittelbar Gefährdungspunkte, d.h. dem Prozeß i m m a n e n t e Quellen für potentiell destruktive Effekte:

1. Im Gegensatz zur Idealisierung des Subjektes, das permanent in Selbstexploration engagiert ist, seinem Erleben zuhört, seinen unmittelbaren Erfahrungen reflexive Aufmerksamkeit zuwendet usw., zur 'fully functioning Person', folgt aus dem spezifischen Verhältnis von Erlebensunmittelbarkeit und reflexiv-bewußter Bezugnahme (vgl. Abschn. II.2.3.), daß ein Z u v i e l an Selbstempathie potentiell neurotische Qualität annehmen kann. Dem Therapiemodell gemäß, ist ausschlaggebend, daß der Klient die F ä h i g k e i t erwirbt, in Situationen der unmittelbaren Betroffenheit, deren 'Gefangener' er war, jetzt selbstreflexiv - relativierend und kontrollierend - die Kurzschlußkette aufzubrechen. Die SE als Dauerhaltung bei j e d e m Erleben hingegen schließt selbst neurotische Züge ein, die vom Klienten selbst und von der Umwelt störend erlebt und so ein negativer Therapie-Ausgang werden können.

2. Die Einübung der reflexiven Erlebensbezugnahme im Wechselspiel zwischen Verbalisieren und Selbstexploration geschieht zunächst in einer Art 'Schonung', die alle objektiven Gründe für das Betroffenheitserleben ausschaltet. Nur so kann der Lernprozeß in Gang gesetzt werden, der i n den tatsächlichen Belastungen des Klienten nicht möglich ist. Das heißt aber auch, daß die Therapie zwar die subjektiven Voraussetzungen herstellen bzw. fördern kann, die eine Be-

wältigung der realen Situation ermöglichen. Ob und in welchem Ausmaß der Klient seine (wieder-)erworbene Fähigkeit unter den Belastungen des Alltags realisieren kann, hängt jedoch sehr von seiner objektiven Situation ab. So kann eine Häufung von Problemen, deren Lösung tatsächlich vor Schwierigkeiten stellt, eine Betroffenheit erzeugen, die die selbstreflexiven Fähigkeiten des therapierten Klienten überfordert. Er gerät dann erneut in den Teufelskreis der Kurzgeschlossenheit und seine Entwicklung zum neurotischen Konflikt, obwohl die therapeutische Interaktion selbst heilsam war - in den Grenzen, die ihr gesetzt sind. Derartige Therapieverläufe könnten der aus empirischen Untersuchungen bekannten Diskrepanz zwischen innertherapeutischen Erfolgskriterien und präd-post-Erfolgsmaßen zugrunde liegen (vgl. Teil B, Kap. 7).

3. Wenn das Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration ein Zuviel an objektivierender Erlebensbezugnahme herstellt, d.h., wenn es nicht gelingt, gleichzeitig und gleichermaßen Erlebensunmittelbarkeit zu (re-)aktivieren, so kann das Erleben im selbstexplorierenden Zustand eine bloß reflexive Existenz erhalten. Der 'Faden' zur Erlebensunmittelbarkeit scheint dann 'gerissen'. Die Selbstexploration gerät zu einer bloßen Methode des Klienten, sich selbst als 'Fall' zu bespiegeln. Anstelle einer Reduktion der Distanz zwischen Selbstreflexion und Erlebensunmittelbarkeit wird diese perfektioniert, indem die selbstverurteilende Stellungnahme als psychologische Selbstanalyse betrieben wird. So kann aus dem Wechselspiel zwischen SE und Verbalisierung anstelle der Fähigkeit zur selbstreflexiv tolerierenden und kontrollierenden Erlebensbezugnahme ein Umgang des Klienten mit sich und seinem Erleben erwachsen, der die frühere Selbstbeschuldigung auf einer Art 'fachbegrifflichen' Ebene fortsetzt. Diese mögliche Entwicklung des klientenzentrierten Wechselspiels verweist auf die Bedeutung der klientenzentrierten Haltungen für die Heilsamkeit der Verbalisierung.

Die Diskussion der GPT-Interpretationen abschließend werden in Abschnitt II.3.8.4. die hauptsächlichen Differenzen zu den Bestimmungen des GPT-Modells zusammengefaßt. Der letzte Abschnitt der theoretischen Ableitung (II.3.9.) muß dann die positive Konkretisierung einer kognitiven klientenzentrierten Ausrichtung in Unterscheidung zur emotionalen Praxis leisten, deren Grundbestimmungen das Interaktionsmodell enthält.

II.3.8.5 Zusammenfassung der Diskussion

1. Im Unterschied zur Auffassung der GPT als ideale - besonders tiefe, besonders verständnisvolle und akzeptierende, besonders klar strukturierte usw. - zwischenmenschliche Beziehung, geht das Modell von der therapeutischen Besonderheit der klientenzentrierten Interaktion aus. Diese wird durch die verbalisierende Antwort des Therapeuten auf die Äußerungen des Klienten definiert und trennt die klientenzentrierte Interaktion von sonstigen zwischenmenschlichen Beziehungen.
2. Als einzige Antwort, die der Klient wirklich empfängt, sind die Wirkungen des Therapeutenverhaltens stets über die Verbalisierung vermittelt. Im Gegensatz zur Reduktion der Verbalisierung auf einen bloßen Indikator der therapeutischen Haltungen und damit tendenziell auf eine Gefährdung der Beziehung, werden deshalb die Veränderungen im Erleben des Klienten aus den Qualitäten der Verbalisierung entwickelt.
3. Mit der Verbalisierung (ver-)äußert der Therapeut Momente der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten im Moment der Betroffenheit. Dies schließt die therapeutischen Funktionen (1) und (2) - Reaktivierung und Objektivierung von Erleben - ein. Im Unterschied zu den Auffassungen, die die Wirkung der klientenzentrierten Interaktion auf Intensität des Erlebens, Zulassen von Erfahrungen usw.

zurückführen und daher Momente der Erlebensobjektivierung, -distanzierung und -kontrolle als Gegensatz zur Therapie ablehnen, begründen die therapeutischen Funktionen (1) und (2) die Wirkung der Interaktion aus dem Zugleich von Reaktivierung/Intensivierung und Veräußerung der Erlebensunmittelbarkeit.

4. Ausgehend von den therapeutischen Funktionen der Verbalisierung wird das empathische Verstehen bzw. der Zustand der Selbstempathie des Therapeuten als unerläßliche Bedingung begriffen. Nur mit Hilfe seines gleichzeitig miterlebend und bezugnehmenden Erlebensbezuges kann der Therapeut in die Erlebensunmittelbarkeit des Klienten vordringen und diese gleichzeitig verbal formulieren. Ohne auf die idealistische Erklärung der Veränderungen beim Klienten mit einem innerpsychischen Zustand des Therapeuten - dessen reflexiver Erlebensbezug in der Empathie - zu verfallen, kann das empathische Verstehen so als Leistung begriffen werden, die die ganze Energie und Konzentration des Therapeuten erfordert, während die Verbalisierung bei gelungener Empathie fast 'automatisch' erfolgt.
5. Geht der Klient auf das 'Beziehungsangebot' der therapeutischen Verbalisierung ein und engagiert sich in Selbstexploration, so heißt das, daß er seine gewohnten Zustände des evidenten Erlebens oder aber der Beurteilung aus der Distanz verläßt und auf seine Erlebensunmittelbarkeit zugleich reflexiv-beobachtend Bezug nehmen muß. Diese Leistung kann nicht auf ein bloß permissives Zulassen der Erfahrung und des Selbst reduziert werden; vielmehr muß der Klient die selbstexplorative Selbstbezugnahme teilweise gegen sein Erfahren, wie es ihm gewohnt und selbstverständlich ist, durchsetzen. Daher ist das Nicht-Gelingen dieser Leistung und das Scheitern der klientenzentrierten Beziehung aus den Bedingungen des Wechselspiels zwischen Selbstexploration und Verbalisie-

rung selbst erklärbar. Die Gleichsetzung der Selbstexploration mit Selbsterleben hingegen schließt strenggenommen ein Scheitern der Beziehung aus.

6. Selbstexploration beinhaltet, daß der Klient gleichzeitig die verbalisierten Gehalte reaktiviert (wieder-)erlebt und sich reflexiv-beobachtend darauf bezieht. Diese laufende Erlebensbezugnahme ist für die Erlebenssymbolisierung vorausgesetzt. Sie schließt Momente der Distanzierung vom und Objektivierung des Erlebens ein. Im Unterschied zu den Auffassungen, die Erlebensdistanzierung und -objektivierung als Gegensatz zur Interaktion ablehnen und Selbstexploration auf die Momente der Erlebensintensivierung und -reaktivierung reduzieren, begründet das Modell die Zusammengehörigkeit von Intensität des Erlebens und gleichzeitiger reflexiver Distanzierung des selbstexplorierenden Subjektes. Daher sind Kriterien des Therapieerfolges bzw. der psychischen Stabilität, die auf Selbst- und Erlebenskontrolle, Bedürfnisverzicht usw. verweisen, unmittelbar aus der klientenzentrierten Interaktion erklärbar - ebenso, wie Kriterien, die sich auf das Akzeptieren von Erfahrungen beziehen.
7. Während die Reduktion der klientenzentrierten Interaktion auf Erlebensintensivierung, Selbstakzeptierung und die zwischenmenschliche Beziehung zu Gefühlen und affektiven Beziehungsmomenten greifen muß, um eine spezifisch therapeutische Wirksamkeit zu begründen, und während die kognitiv orientierten Alternativen keine konkrete Vorstellung über die kognitiven Faktoren und Prozesse vermitteln, begründet das Modell eine gleichberechtigte kognitive Alternative des klientenzentrierten Vorgehens und eine kognitive Dimension der Veränderungen seitens des Klienten. Die prinzipielle Gleichwertigkeit folgt dabei aus der Zusammengehörigkeit kognitiver und emotionaler Momente im Betroffenheitserleben.

Die beiden Alternativen werden, das GPT-Modell für emotionale und kognitive klientenzentrierte Interaktion abschließend, als zwei unterscheidbare klientenzentrierte Interaktionstendenzen ausformuliert.

II.3.9. Kognitive versus gefühlszentrierte Tendenzen des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbst-exploration

Ausgangspunkt des Modells der klientzentrierten Interaktion und seiner Verankerung in einem Neurosemodell war die - als 'Dilemma' charakterisierte - Situation der kognitiven GPT-Ansätze und ihrer Kritik an der traditionellen gefühlszentrierten Auffassung (vgl. dazu Kap. I):

Diese kritische Alternative, die in wesentlichen Punkten von der Rogers'schen Darstellung der GPT abweicht, verweist auf eine zugrundeliegende praktisch-therapeutische Variante, die der traditionellen Zentrierung auf das emotionale Erleben und auf die gefühlsbestimmte Interaktion tendenziell entgegengerichtet ist. Von der allgemeinen Tendenz her legt diese Ausrichtung weniger Gewicht auf die emotionalen Zustands- und Haltungs-Variablen des Therapeuten. Statt dessen wird der wahrnehmenden und verbalisierenden Aktivität des Therapeuten mehr Bedeutung zugemessen. Auf seiten des Klienten spielt das emotionale Erleben, die Gefühle und Gefühlsbedeutungen, keine bevorzugte Rolle, während die für den Klienten charakteristische Verarbeitung von Informationen und die kognitiven Fähigkeiten im Vordergrund stehen.

Andererseits enthalten die kognitiven Konzepte über die allgemeinen Tendenzhinweise und die Kritik an der traditionellen Festlegung auf emotionale Momente hinaus kaum konkrete Hinweise, wie eine stärker auf kognitive Faktoren, Funktionen und Prozesse orientierte Interaktion im Rahmen der klientzentrierten Grundbedingungen beschaffen sein könnte. Diese Unzulänglichkeit in bezug auf die klientzentrierte Praxis ist teilweise auf prinzipielle Schwächen kognitionstheoretischer Konzepte zurückzuführen (vgl. Kap. I; Kap. II, Abschn. 1):

Die Abstraktheit ihrer Begriffe und die Gleichsetzung von kognitiven Faktoren und Prozessen in der Therapie mit allgemeinen - für alle Denk- und Problemlösungsprozesse zutreffenden - theoretischen Konzepten machen die Spezifik der klientenzentrierten Interaktion unbegreiflich. Sie sind dem Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration größtenteils äußerlich, was deutlich wird, wenn im Anschluß an die Analyse erneut die kognitions-informations-theoretischen Bestimmungen aufgegriffen und im Verhältnis zu den tatsächlich stattfindenden Prozessen betrachtet werden.

- Die Bestimmung der Leistung des Gesprächstherapeuten als Modell- bzw. Ersatzinformationsverarbeiter der mittels adäquater entwickelten Regeln, Strukturen und Kapazitäten die vom Klienten geäußerten Informationen differenziert, integriert und organisiert und/oder den Klienten zur Hervorbringung neuer Informationen anregt, wird weder dem empathischen Bemühen des Therapeuten, anhand der Äußerungen in die Erlebensunmittelbarkeit des Klienten vorzudringen, gerecht, noch sind auf diese Weise die therapeutischen Funktionen (vgl. Funktion (1) und (2), Abschn. II.3.4., II.3.5.) der Verbalisierung vollständig erfaßt. Obwohl die kognitions-theoretische Alternative auf der Verbalisierung als therapeutisches Instrumentarium besteht, geht daher die klientenzentrierte Spezifik der Verbalisierung gegenüber anderen sehr gut strukturierten Äußerungen verloren.

- Die kognitionstheoretische Begründung der neurotischen Problematik als Defizit des Klienten in bezug auf seine kognitiven Voraussetzungen - die informationsverarbeitenden Kapazitäten, Strukturen und Regeln - ist dem innerpsychischen Konflikt des Neurotikers äußerlich. Dieser Konflikt zwischen Kurzgeschlossenheit in der Betroffenheit und reflexiven Strebungen aus der Distanz begründet, daß Neurotiker in der Regel aus eigenem Willen psychotherapeutische Hilfe ersuchen, und er unterscheidet neurotische Störungen im kognitiven Be-

Bereich ganz prinzipiell von defizitären allgemeinen kognitiven Strukturen. Die kognitionstheoretischen Bestimmungen hingegen lassen diese Differenz zwischen neurotischen und allgemeinen kognitiven Störungen unbegriffen.

● Auch die Begründung der positiven Veränderungen auf seiten des Klienten als effektivere - differenziertere, strukturiertere, flexiblere usw. - Informationsverarbeitung erscheint den tatsächlichen Veränderungen eher äußerlich. Die von Rogers selbst und von Biermann-Ratjen et al (1979, 1980) festgehaltene Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst, seinem Erleben und Handeln als wesentliches Kriterium der Therapie ist in der kognitionstheoretischen Begrifflichkeit ebensowenig faßbar, wie ein innerpsychisches Verhältnis zwischen Erlebensunmittelbarkeit und reflexiven Funktionen.

Diese Diskrepanz zwischen der wirklichen Interaktion und den, der Allgemeinen Psychologie entlehnten, kognitionstheoretischen Konzepten erforderte, daß das GPT-Modell zunächst auf Basis einer begrifflichen Neutralisierung der emotionalen Interpretationen aus den Darstellungen der Praxis zu erarbeiten war.

Mit der begrifflichen Neutralisierung der emotionalen Umschreibungen ist jedoch bereits eine der Sache nach gleichberechtigte kognitive Interventionsalternative neben der emotionalen unterstellt:

Der Qualität 'Erlebensevidenz' gemäß (vgl. Abschn. II.2.2.ff.) schließt das - im neurotischen Fall kurzgeschlossene - Betroffenheitserleben stets die emotional-affektive Betroffenheit und die damit verbundenen 'unwillkürlichen' Gedanken und Vorstellungen ein. Desgleichen beziehen sich die Stellungnahmen des reflexiv-bewußten Subjektes aus der Distanz - im neurotischen Fall seine selbstverurteilende Abweisung des 'Kurzschluß-Erlebens' - auf gefühlsmäßige und auf kognitive Gehalte der Erlebensunmittelbarkeit. Im Verhältnis

dazu stellt die Identifikation des 'innerpsychischen Erlebens' mit Gefühlen und die daraus folgende Festlegung des Therapeutenverhaltens auf die Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte eine von der Sache her ungerechtfertigte Einschränkung des Gegenstandsbereiches dar.

Die Konzeption des neurotischen Konfliktes (Abschn. II.2.) und seiner Modifikation im Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration (Abschn. II.3.) hingegen schließen selbstverständlich ein, daß die verbalisierende Veräußerung kognitiver Momente des Betroffenheitserlebens und die Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte zwei gleichwertige Möglichkeiten darstellen.

D.h., die Reaktivierung und gleichzeitige Veräußerung kurzgeschlossener Überlegungen, unwillkürlicher Assoziationen, unreflektierter Befürchtungen, Entschlüsse usw. usf. ermöglicht dem Klienten ebenso die Einübung des reflexiven, bezugnehmenden Selbst- und Erlebensbezuges, wie die reaktivierende Veräußerung der Gefühle und ihrer Bedeutungen. Ideales Verbalisieren würde sich nach dem Modell gerade dadurch auszeichnen, daß der Therapeut nicht primär die 'Gefühle und gefühlsmäßigen Bedeutungen' aufgreift, sondern möglichst emotionale und kognitive Momente des Betroffenheitserlebens - gleichzeitig oder alternativ, je nach Art der Problematik.

Andererseits zeigt die Kontroverse zwischen den theoretischen Positionen und ihr Verhältnis zur klientenzentrierten Praxis (vgl. Kap. I), daß offensichtlich dieses Ideal des alle Möglichkeiten beherrschenden Therapeuten praktisch schwer zu realisieren ist. Daß es zwei Tendenzen in der GPT-Praxis gibt - eine emotionale und eine kognitiv orientierte - wird aus dem theoretischen 'Streit' zwischen gefühlszentrierter, an Rogers orientierter Position und den stärker kognitiv orientierten kritischen Alternativ-Ansätzen ersichtlich.

Den Bestimmungen des Therapeutenverhaltens gemäß (Abschn. II.3.4. und 3.5.) schließt die Polarisierung zwischen gefühlszentrierten und kognitiven Tendenzen eine Differenz in bezug auf den **I n h a l t** des jeweils verbalisierten Klientenerlebens ein und eine entsprechende Differenz in bezug auf die **H a l t u n g** des GP-Therapeuten im Prozeß des empathischen Verstehens:

Der Definition der klientenzentrierten Reaktion gemäß, muß es sich zwar beim gefühlszentrierten und beim kognitiv orientierten empathischen Verstehen gleichermaßen um das Bemühen des Therapeuten handeln, eigene Stellungnahmen, Urteile und gefühlsmäßige Einstellungen zurückzustellen, sich ganz darauf zu konzentrieren, die Erlebensunmittelbarkeit des Klienten nachzuvollziehen und das so verstandene Erleben zu verbalisieren.

Im Falle der gefühlsempathischen und Gefühle verbalisierenden Tendenz ist dieses Bemühen jedoch vorwiegend ein Prozeß des **E i n f ü h l e n s**, ein Hineinversetzen in die Gefühle und Gefühlsbedeutungen des Klienten, so daß das eigene Mitfühlen zum Kompaß für das Verstehen bzw. die Erlebensverbalisierung wird. D.h. sowohl die Inhalte der Verbalisierung - die mitgefühlten Gefühlsbedeutungen - als auch die gesamte Haltung des Therapeuten, sein innerpsychischer Zustand und die Beziehung insgesamt sind vorwiegend durch gefühlsmäßige Momente bestimmt.

Ein alternatives, kognitiv geprägtes empathisches Verstehen der kognitiven 'inneren Welt' des Klienten würde hingegen in erster Linie ein Hineinversetzen in die Situation und die Gedankenwelt des Klienten erfordern. Miterleben wäre demnach weniger ein Mitfühlen als vielmehr ein vorstellungsmäßiges Bemühen, die Situation des Klienten nachzuvollziehen, die Art der Betroffenheit des Klienten zu verstehen und nachzuvollziehen, welche Assoziationen, Befürchtungen, Gedankenimpulse, Kurzschlüsse usw. die belastende Situation im Klienten ausgelöst hat. Diese kognitiven Momente des Be-

troffenheitserlebens konstituieren dementsprechend die Inhalte der kognitiven Verbalisierungen.

Die Unterscheidung der gefühlszentrierten Interaktionstendenz von einer vorwiegend kognitiven Ausrichtung hat also ein inhaltliches Kriterium: emotionales respektive kognitives Betroffenheitserleben des Klienten als jeweils vorherrschender Gehalt der Verbalisierung durch den Therapeuten. Und sie hat ein Kriterium in bezug auf die klientenzentrierte Haltung: Mitspüren respektive vorstellungsmäßiger Nachvollzug der emotionalen respektive kognitiven inneren Welt des Klienten. Haltungs- und Inhaltskriterium bedingen sich wechselseitig.

Nach diesen Unterscheidungskriterien lassen sich die beiden prinzipiell gleichberechtigten Alternativen, klientenzentriert zu intervenieren, als zwei gegenüberliegende Pole einer praktischen Interaktionstendenz konkretisieren und der Operationalisierung der therapeutischen Tendenz für die anschließende empirische Untersuchung zugrunde legen (s. Teil B). Da diese Formulierung der beiden Pole der therapeutischen Tendenz emotionales und kognitives klientenzentriertes Reagieren als konkretes Vorgehen des Therapeuten abbildet, erlauben sie eine empirische Überprüfung der theoretischen Ableitung. Also sowohl die Überprüfung der in Kapitel I abgeleiteten Polarisierung zwischen emotionaler und kognitiver Tendenz in der Praxis, als auch eine empirische Fundierung der in Kapitel II Abschnitt 3 bestimmten Merkmale der therapeutischen Tendenz mit den beiden Polen emotional versus kognitiv. Dabei schließt die Überprüfung der therapeutischen Funktionen (1) und (2) der klientenzentrierten Verbalisierung ein, daß die daraus erschlossene Dimension der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten ebenfalls empirisch untersucht wird.

Die empirische Untersuchung im Anschluß an das GPT-Modell (Teil B der vorliegenden Arbeit) umfaßt also eine Überprüfung der therapeutischen Tendenz als Therapeutenmerkmal

u n d eine Überprüfung des Klientenmerkmals: Selbst- und Erlebensbezug mit einem negativen Pol - die neurotische Kurzgeschlossenheit im Betroffenheitserleben - und einem positiven Pol - die Fähigkeit zur reflexiven Bezugnahme auf die Gehalte der Erlebensunmittelbarkeit.

Als letzter Schritt der theoretischen Ableitung werden im folgenden Abschnitt die Bestimmungen und Zusammenhänge des GPT-Modells in bezug auf das Therapeutenmerkmal und das Klientenmerkmal als Hypothesen für die anschließende Untersuchung formuliert.

Anmerkungen II.3.

- 1) Die "VeE"-Skala, ins Deutsche übertragen von Tausch (1969) formuliert Stufe 12: "Der Therapeut geht auf alle wichtigen, vom Klienten geäußerten G e f ü h l e (Hervorhebung, U.D.) ein."
Die spätere Revision von Eckert und Schwartz - von Bommert 1982 als entwickeltste Skalenbatterie klientenzentrierten Therapeutenverhaltens angeführt - behält im wesentlichen die Zentrierung auf emotionales Erleben bei und formuliert davon ausgehend zusätzliche Kriterien des Therapeutenverhaltens - z.T. sprachformaler Art (siehe Eckert 1974, Schwartz 1975, Bommert 1982, S. 92 - 95). Fleischer (1983) nennt als die heute gültigen Skalen für das Therapeutenverhalten: Wärme, Wertschätzung, Echtheit und VeE (S. 28 f.).
- 2) Die Pilot-Studie von Mempel und Müller (1978/80) erbrachte, daß das Verbalisieren emotionaler Erlebensgehalte die häufigste Reaktion des klientenzentrierten Therapeuten ist (siehe auch Biermann-Ratjen et al 1979, S. 83). Kropf (1976) bezeichnet die offizielle Interpretation der Praxis in emotionalen Begriffen als "ungerechtfertigte Privilegierung" des "Gegenstandsbereiches Fühlen" (S. 151, siehe auch S. 160).
- 3) "Für die Vertreter der ersteren (der naturwissenschaftlich orientierten) Position ist die GPT in erster Linie Technik. Ausbildung und Vorgehen werden in erster Linie durch die Variable VeE bestimmt.
Für die Vertreter der zweiten Position (phänomenologisch orientierte) ist die GPT eher ein System von Einstellungen, das von Techniken ergänzt wird.
Je nachdem, welcher Richtung man den Vorzug gibt, kommt dem Therapeuten verschiedene Bedeutung zu" (Hüttner 1979, S. 190).
- 4) Sander (1975) beschreibt an genannter Stelle das Verbalisieren als "... Vermeidung von Diagnosen, psychologisierenden Beschreibungen und Klassifikation; ... indem die Kritik, Tadel, Zweifel ... ausgeschlossen sind. ... Durch fehlende Lenkung, Bedrohung ..." (S. 48).
Mohazab und Ueckert (1982) führen als GPT-relevante Dimensionen nur die Grundhaltungen "... Wertschätzung, Echtheit, Einfühlung" (S. 30) an und beurteilen "das verbale Verhalten des Therapeuten" als bloß instrumentell für das Verstehen (S. 36). Offen bleibt, inwiefern das V e r b a l i s i e r e n fürs V e r s t e h e n erforderlich sein soll. Daß Verbalisieren stattfindet, ist auch ihr selbstverständlicher Ausgangspunkt.

- 5) In späteren Aussagen deutet Rogers die Rolle der spezifisch klientenzentrierten Gesprächstechnik nicht mehr an. Er spricht nur mehr von einem "Kontakt zwischen zwei Menschen auf unbewußter Ebene" ... der "Energien frei (setzt), sich gegenseitig zu helfen" (Rogers 1981, Vortrag in Hamburg, zit. nach Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz 1981, S. 43; vgl. auch Rogers 1982b), S. 77). Im Gegensatz dazu sieht sich Coulson, ein Mitarbeiter des 'La Jolla-Center of the studies of the Person' genötigt, gegen die Überbetonung der empathischen klientenzentrierten Haltungen die Wichtigkeit des Verbalisierens hervorzugeben: als therapeutisches Instrument in bezug auf den Klienten (Spiegelung) und als Hilfe für den Therapeuten selbst (Coulson 1982, S. 144 - 149).
- 6) A.a.O. geht Minsel bei einer Reihe von ausbildungsmäßigen Anleitungen von der Anweisung aus, das innere Erleben des Klienten zu verbalisieren.
Umgekehrt macht die Vorstellung einer Beschreibung klientenzentrierten Therapeutenverhaltens ohne das Verbalisieren deutlich, daß so die therapeutische Spezifik eines insgesamt 'guten Gespräches' verloren geht.
- 7) Biermann-Ratjen et al (1979) wehren sich gegen gängige Auffassungen der GPT als allgemeines Ideal zwischenmenschlicher Beziehungen.
Sie veranschaulichen die Besonderheit klientenzentrierter Interaktion und Kommunikation mit einem Beispiel aus dem Alltag, welches 'schlagend' klar macht, wie unüblich und unsinnig die Übertragung des Verbalisierens auf ein 'normales' Gespräch zwischen zwei Menschen ist (S. 147/148/149).
- 8) Dies ist ein wesentliches auszeichnendes Merkmal der GPT im Unterschied zu anderen Therapierichtungen - z.B. die Verhaltenstherapie, die ihre Diagnose qua Verhaltensanalyse auf ganz spezielles, erfragtes Material gründet (vgl. Schulte 1974) oder auch der Psychoanalyse, deren Vorschrift zur freien Assoziation ohne verstandesmäßige Beeinflussung ebenfalls eine Spezifizierung und Eingrenzung enthält.
- 9) Tausch gibt hier als allgemeinen Grund psychoneurotischen Leidens - unter anderem - das Kriterium an: "Sie erleben ihr Fühlen nur schwach" (Tausch 1979, S. 219).
- 10) Biermann-Ratjen et al (1979) schließen aus der typisch neurotischen Verständnislosigkeit und Distanzierung dem eigenen Erleben gegenüber darauf, daß das Erleben in seiner Unmittelbarkeit "starr" sei bzw. vom Subjekt "weit weg" (S. 103/104).

- 11) Die Autoren begründen a.a.O. die therapeutische Wirksamkeit direkt durch den Zustand der Selbstempathie im Therapeuten, der sich auf den Klienten übertragen soll. Da die therapeutische Funktion der Verbalisierung nicht geklärt wird, bleibt unbegriffen, wie der Zustand des Therapeuten auf den Klienten übergehen soll. Siehe dazu auch die Diskussion im Anschluß an das Modell (Abschnitt II.3.8.).
- 12) Diese Distanz in der therapeutischen Empathie halten Biermann-Ratjen et al gegen idealistisch humanisierende Interpretationen fest (Biermann-Ratjen et al 1979, S. 20). Sie berufen sich dabei auf Rogers' eigene Aussagen zur Kongruenz.
Die Distanz im empathischen Mitvollzug verhindert nicht nur, daß der Therapeut sich quasi im Klienten aufgibt. Das Wissen um die Notwendigkeit, das Verstandene zu verbalisieren, verhindert auch, daß sich der Therapeut seinen "eigenen Gedanken überläßt" (Coulson 1982, S. 147).
- 13) "... welchen Erlebenswert er (der 'Gegenstand', U.D.) für sie besitzt, welches Fühlen hierdurch in ihr ausgelöst wird." (Tausch 1979, S. 32)
- 14) Bezugnehmend auf die in Abschnitt II.2.7. diskutierten Generalisierungen des neurotischen Konfliktes ist zu erwarten, daß die therapeutische Interaktion für den Klienten eine weitere Situation der Betroffenheit darstellt - quasi eine Wiederholung ursprünglichen Betroffenheitserlebens in bezug auf: 1. Die Betroffenheit des Klienten durch die permanente Diskrepanz zwischen seinen reflexiven Stellungnahmen und seinem Erleben und Verhalten im Moment der Betroffenheit und 2. die allgemeine Betroffenheit des Klienten in Beziehungen, infolge seines generalisierenden Selbsturteils als Versager.
- 15) Reiningger beschreibt das "sprachlich fixierte Emotionserlebnis" als eines, das "ein Stück von mir bleibt", von dem ich mich jedoch "zugleich distanzriere", indem "ich davon weiß" (Reiningger 1970, S. 48).
- 16) Die konsequenteste Auswirkung dieses in der Verbalisierung enthaltenen Zwanges zur Bezugnahme des Klienten auf sein Erleben findet sich dann, wenn ein Klient sich auf die Dauer nicht darauf einläßt - z.B. auf Fragen oder der Bitte um Rat beharrt. In diesem Falle wird ein Klient zur (untragbaren) Störung für die Klient-Therapeut-Beziehung, die vom Therapeuten direktive Zurechtweisung erfordert.

- 17) Beide Momente zusammen können beispielsweise eine Klientenerfahrung der Art: "... (ich) hörte mir selbst beim Sprechen zu. Und dadurch löste ich meine Probleme selbst" (Erfahrungsbericht eines Klienten aus Rogers 1981, S. 180) erklären.
- 18) Barret-Lennard z.B. problematisiert a.a.O. jede Art eigener Emotion des Gesprächspsychotherapeuten als potentiellen Störfaktor für die Beziehung. Die Selbsteinbringung des Therapeuten gilt als eine zusätzliche Interventionsmöglichkeit, die explizit als von der Verbalisierung merklich abgehobene Reaktion angebbar sein muß. Biermann-Ratjen et al vertreten a.a.O. in ihrer Auseinandersetzung mit Pfeiffer ebenfalls diese Trennung und verweisen die Selbsteinbringung in die Rolle einer der empathischen Reaktion nachgeordneten Interventionsmöglichkeit.
- 19) "... dem Klienten sollte der unmittelbare Nachvollzug seiner psychischen Vorgänge vor Augen gehalten werden. Es müßte ihm folglich etwas inhaltlich Ähnliches formuliert werden. ... Ziel der GPT-Formulierungen ... sollte es sein, über das hinauszugehen, was der Klient vorher formuliert hat. Es müßte ihm folglich etwas inhaltlich Unähnliches formuliert werden" (Minsel 1979a), S. 63).
- 20) Die objektivierende Komponente wird ganz deutlich bei der Definition der Stufe 6 und 7 der Erlebensintensitätskala (Pfeiffer 1975, S. 86/87) - obwohl diese, wie der Name sagt, ausschließlich die Intensität des Erlebens 'mißt'.
"Auf Stufe 6 zentriert sich die Aufmerksamkeit auf das im Moment ablaufende Geschehen. Auf Stufe 7 vermittelt der Sprechende volles Gewahrsein seiner unmittelbar gegenwärtigen Gefühle und Prozesse."
Ähnlich gibt auch die Experiencing-Skala als Maß für das selbstexplorierende Engagement des Klienten die Bezugnahme auf das aktuelle Erleben an (in: Bommert 1977, S. 91; vgl. auch Bommert und Dahlhoff 1978).
- 21) Rogers 1973a), S. 166: "... die Therapie besteht aus dem vielfachen Erfahren des Selbst in einer emotionell bedeutungsvollen Beziehung zu dem Berater." Bei seinem Besuch in Hamburg 1981 (zit. nach Biermann-Ratjen et al 1981, S. 46) bezeichnet er die selbstexplorierende Person als eine "who is able to be openly himself at the moment as he is at the deepest level he is able to be" (Rogers 1981, zit nach Biermann-Ratjen et al 1981, S. 46). Schnabel (1983) setzt die Selbstexploration gleich mit "das eigene Erleben sich entwickeln lassen"

(S. 6); Mohazab und Ueckert definieren die klientenzentrierte Interaktion als: "nicht beschränkendes Basisverhalten", das dem Klienten freie Entfaltung erlaubt (S. 34.).

- 22) Vgl. auch Pavel 1978, S. 33; Hübner 1982, S. 40 - 44; Kwiatkowski 1980, S. 77; Rogers 1982, S. 76/77; Wippich 1983, S. 48/49)
- 23) Wie die Diskussion der reflexiven Erlebensbezugnahme zeigt (Abschn. II.2.3.) ist sie auch für nicht-neurotische Personen kein selbstverständlicher Zustand.

II.4. Hypothesen zur emotionalen respektive kognitiven therapeutischen Tendenz und zum Selbst- und Er- lebensbezug des Klienten

II.4.1. Hypothesen zur therapeutischen Tendenz

Hypothese 1: Die im GPT-Modell (Kap. II., Abschn. 3) theoretisch konzipierte therapeutische Tendenz mit einem emotionalen und einem kognitiven Pol e x i s t i e r t bereits als praktische Alternative. D.h., klientenzentrierte Therapeuten lassen sich unterscheiden in eine Gruppe von Therapeuten, die vorwiegend gefühlszentriert vorgehen, und eine Gruppe von tendenziell kognitiv reagierenden Therapeuten. Die Unterscheidungskriterien entsprechen den Bestimmungen des Modells.

Hypothese 2: Grundlage der jeweils in der Therapie realisierten Ausrichtung der therapeutischen Tendenz sind persönlich bedingte spontane Reaktionstendenzen des jeweiligen Therapeuten.

Hypothese 3: Aufgrund von formalen und inhaltlichen Parallelen wird vermutet, daß ein positiver Zusammenhang zwischen der persönlichen Reaktionstendenz in Richtung Extraversion und der therapeutischen Interaktionstendenz in Richtung kognitiver Pol besteht.

Hypothese 4: Kognitiver und emotionaler Pol der therapeutischen Tendenz folgen denselben P r i n z i p i e n mit verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten. D.h., sie bewirken im Prinzip dieselben Veränderungen auf seiten des Klienten bzw. sind prinzipiell gleichermaßen 'erfolgreich'.

Hypothese 5: Bei gleichem Ausmaß und Prinzip könnte sich jedoch eine der Tendenzausrichtung auf seiten des Therapeuten entsprechende Differenz in bezug auf Emotionalität versus Kognitivität der Veränderungen des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten ergeben.

II.4.2. Hypothesen zum Selbst- und Erlebensbezug des Klienten

Hypothese 1: Das Wechselspiel zwischen Erlebensverbalisierung und Selbstexploration bewirkt tatsächlich die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten, wie sie im Modell - Abschnitt II.3.6. - bestimmt ist. D.h., klientzentrierte Therapie bewirkt einen systematischen Anstieg vom negativen zum positiven Pol des Klientenmerkmals.

Hypothese 2: Den Bestimmungen des Neurosemodells zufolge (Abschnitt II.2.) ist die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges innerhalb der therapeutischen Interaktion auch ein Kriterium der psychischen Stabilisierung a u ß e r - h a l b der Therapie.

Hypothese 3: Der Anstieg vom negativen zum positiven Pol des Klientenmerkmals resultiert gleichermaßen aus emotional und kognitiv geprägten Therapeuteninterventionen.

Hypothese 5: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten in Richtung positiver Pol des Klientenmerkmals und Therapieerfolg gemessen an anderen Kriterien.

Als Voraussetzung für weitere Schlußfolgerungen aus der theoretischen Analyse - also aus dem Verhältnis der GPT-Theorie zur Praxis, aus den Bestimmungen des neurotischen Konfliktes, aus der Begründung einer emotionalen und einer kognitiven klientenzentrierten Alternative und der Konzeption der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges als Resultat beider Alternativen - für die theoretische und praktische Entwicklung der wissenschaftlichen GPT werden die Hypothesen im anschließenden Teil B empirisch überprüft.

2. 1. 1. 1.

T E I L B

I. Einführung

Zur Einführung in die Problemstellung der Untersuchung wird der Fortgang der theoretischen Analyse (Teil A) bis zur Formulierung empirischer Fragestellungen kurz rekapituliert. Im ersten Theoriekapitel wurde - ausgehend vom Verhältnis der GPT-Theorie zur Praxis und den Inhalten der theoretischen Ansätze - die Annahme begründet, daß den anscheinend gegensätzlichen GPT-Interpretationen zwei unterscheidbare Tendenzen der Realisierung des klientenzentrierten Grundsettings zugrundeliegen: Demnach liegt den an Rogers angelehnten Ansätzen der GPT und ihrer Fortführung im Gendlin'schen Konzept eine emotionale, gefühlsvertiefende Praxistendenz zugrunde, während die alternativen, durch den kognitionstheoretischen Ansatz von Wexler übergreifend formulierten Konzeptionen Ausdruck einer davon abweichenden, stärker kognitiv-problemorientierten Tendenz sind. Grundlage der jeweiligen therapeutischen Tendenz ist die *p e r s ö n l i c h e* Neigung stärker kognitiv bzw. emotional zu reagieren.

Eine Untersuchung der aktuellen Auseinandersetzung zwischen den 'zwei Lagern' innerhalb der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) erbrachte, daß der theoretische 'Streit' durch die Rückführung auf diese beiden Tendenzen aus dem praktischen Geschehen selbst verstehbar wird. Andererseits enthalten die kognitionstheoretischen Konzepte keine Kriterien für die Operationalisierung eines alternativen, kognitiv orientierten und doch klientenzentrierten, praktischen Vorgehens. Aufgrund ihrer übermäßigen Abstraktheit und der verkürzten Übertragung allgemeiner kognitionspsychologischer Konzepte auf die Praxis fehlt den alternativen Theorieansätzen der konkrete Bezug auf die klientenzentrierte Interaktion. Darin gründet schließlich das der kognitiven Orientierung eigene Dilemma:

Einerseits setzt sie der traditionellen emotionalen Orientierung als Kritik entgegen, daß die emotionale Zentrierung einseitig ist, daß klientenzentrierte Therapie 'irgendwie' ein kognitiver Prozeß ist und stützt sich in der Argumentation auch auf kognitionstheoretische Ansätze. Andererseits bleibt offen, wie die kognitiven Funktionen und Prozesse innerhalb der von den gesprächstherapeutischen Grundbedingungen gesetzten Grenzen tatsächlich beschaffen sind. Die Folge ist, daß konkrete Beschreibungen, die offiziell anerkannte Ausbildung, Forschung und Evaluationsinstrumente noch heute vorwiegend durch die traditionellen, von Rogers konkretisierten emotionalen Bestimmungen und Anweisungen geprägt sind.

Es wird daher im zweiten Kapitel ein eigenes Modell klientenzentrierter Psychotherapie so entwickelt, daß die theorieimmanenten Mängel der kognitionstheoretischen Konzepte vermieden werden:

- a) Das Modell geht von einem Modell neurotischer Störungen aus
- b) Das Modell konzentriert sich auf die Spezifik klientenzentrierter Interaktion ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit für alle zwischenmenschlichen Beziehungen.
- c) Das Modell begründet die emotionale Realisierung und eine kognitiv orientierte Alternative als gleichwertige therapeutische Interventionen aus der Spezifik der klientenzentrierten Grundbedingungen.
- d) Darüberhinaus begründet das Modell eine Dimension der Veränderungen im Erleben und Verhalten des Klienten, die aus emotionalen und aus kognitiven klientenzentrierten Interventionen gleichermaßen resultiert, und die auf Basis des Modells neurotischen Erlebens auch für adäquatere Konflikt- und Problembewältigung außerhalb der therapeutischen Interaktion verantwortlich ist.

Im Zentrum der Modellentwicklung steht die klientzentrierte Verbalisierung. Die spezifische therapeutische Wirksamkeit dieser der GPT allein eigenen Kommunikationsweise wird auf zwei sich wechselseitig bedingende Funktionen: Erlebensreaktivierung und gleichzeitige Erlebensveräußerung, zurückgeführt. Damit ist zugleich ein funktionaler Zusammenhang zwischen Verbalisierung und empathischer Reaktion bestimmt: Im empathischen Mitvollzug dringt der Therapeut aus den Äußerungen des Klienten zur (vergangenen oder virulenten) Erlebensunmittelbarkeit selbst vor. Die therapeutische Funktion der klientenzentrierten Verbalisierung ebenso wie die vermittelnde empathische Reaktion sind im Prinzip gleichermaßen gefühlzentriert oder kognitiv orientiert realisierbar. Beide Möglichkeiten werden als zwei gleichwertige Alternativen begründet, klientenzentriert therapeutisch zu wirken: Einmal durch das gefühlsempathische Mitspüren des emotionalen Erlebens des Klienten und die verbalisierende Veräußerung seiner Gefühle; das andere Mal durch das vorstellungsmäßige Sich-Hineinversetzen in die Situation und die kognitiven Reaktionen des Klienten. Inhalte der Verbalisierungen sind dann die nachvollzogenen kognitiven Erlebensgehalte.

Das Modell der Therapie begreift die therapeutische Wirksamkeit der Verbalisierung im Verhältnis zu einem vorausgesetzten Neurosemodell, dessen Bestimmungen zu einem neuen Veränderungsmerkmal auf seiten des Klienten führen: zur Veränderung seines Selbst- und Erlebensbezuges vom negativen Pol - der 'Kurzgeschlossenheit i m Betroffenheitserleben' -, zum positiven Pol - der 'Fähigkeit zur objektivierenden und relativierenden selbstreflexiven B e z u g n a h m e a u f unmittelbares Erleben'.

Diese Veränderung ist als s a c h i m m a n e n t e Folge aus der klientenzentrierten Methode abgeleitet und kann daher aus der emotionalen u n d aus der kognitiven Realisierung

gleichermaßen resultieren. Sie ist als Grundfähigkeit - k e i t auch für den adäquateren Umgang mit Problemen und Belastungen außerhalb der Therapie bedeutsam, so daß ein positiver Zusammenhang zwischen der neuen Veränderungsdimension und anderen, bereits geprüften Therapieerfolgskriterien angenommen wird.

Über die Begründung der therapeutischen Tendenz und der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten hinaus wird vermutet, daß die der jeweiligen therapeutischen Tendenz zugrundeliegende persönliche Reaktionspräferenz in einem engen Zusammenhang mit der Persönlichkeitsdimension Extraversion/Introversion nach Eysenck steht.

Die empirische Untersuchung und Prüfung der Merkmale und ihrer Beziehungen untereinander setzt voraus, daß die neuen Dimensionen meßbar gemacht werden. Der erste Schritt des anschließenden empirischen Teils der Arbeit gilt daher der operationalen Definition der Merkmalsindikatoren. Anhand der resultierenden Maße werden im wesentlichen zwei übergeordnete Themenstellungen bzw. Untersuchungsstränge verfolgt:

- a) Die Überprüfung von Hypothesen, die entscheidend sind in bezug auf die theoretischen Bestimmungen der klientenzentrierten therapeutischen Tendenz mit einem emotionalen und einem kognitiven Pol.
 - b) Die Überprüfung von Hypothesen, die entscheidend sind in bezug auf die theoretische Diskussion der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten als Dimension der Wirkung klientenzentrierter Psychotherapie.
- ad a) Die klientenzentrierte therapeutische Tendenz mit den Polen emotional und kognitiv wird anhand der folgenden einzelnen Fragestellungen untersucht:

- a.1. Lassen sich praktizierende klientzentrierte Therapeuten nach der jeweiligen persönlichen Tendenz unterscheiden, eher kognitiv respektive emotional zu interagieren?
 - a.2. Ist diese praktisch-therapeutische Tendenz im wesentlichen auf eine persönlich bedingte Reaktionspräferenz zurückzuführen?
 - a.3. Wird die Reaktion des klientzentrierten Therapeuten in bezug auf Emotionalität resp. Kognitivität von ihm selbst und von seinem Interaktionspartner (Klient) übereinstimmend erlebt?
 - a.4. Welchen Einfluß haben a) der Zeitpunkt der Therapie und b) die Besonderheit und die Problematik eines bestimmten Klienten auf die Realisierung der jeweiligen therapeutischen Tendenz?
 - a.5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Tendenz zu gefühlszentriertem Therapeutenverhalten und introvertiert ausgerichtetem persönlichem Reaktionsstil einerseits und der Tendenz zu kognitiv orientiertem Therapeutenverhalten und extravertierter Ausrichtung im persönlichen Reaktionsstil andererseits?
 - a.6. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausrichtung der therapeutischen Tendenz (emotional respektive kognitiv) und dem Erlebensbereich (em. resp. kog.) auf den sich die Veränderung auf seiten des Klienten bezieht?
 - a.7. Sind die beiden Richtungsalternativen der therapeutischen Tendenz gleichermaßen 'erfolgreich' - gemessen an erprobten und allgemein anerkannten Kriterien des therapeutischen Erfolges?
- ad b) Fragestellungen der Untersuchung des Klientenmerkmals:
- b.1. Ist die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezugs des Klienten eine praktisch bedeutsame Dimension der Wirkung klientenzentrierter Therapie?

- b.2. Handelt es sich dabei um ein Kriterium des Therapiefortschrittes' im Sinne der systematischen, bedeutsamen Veränderung des Merkmals vom negativen zum positiven Pol als Funktion der Anzahl therapeutischer Interaktionen?
- b.3. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß und Verlauf des zu untersuchenden neuen Klientenmerkmals und 'Therapieerfolg' gemessen an andern, empirisch bereits geprüften Erfolgskriterien?

Die anschließende Konstruktion der Meßinstrumente und die Untersuchungsplanung folgen hauptsächlich dem Ziel a) die Annahmen zur therapeutischen Tendenz und zur Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten in möglichst genauer Übereinstimmung mit den tatsächlichen praktischen Vorgängen und ihren Wirkungen zu prüfen und b) auch Hinweise auf die außertherapeutische Bedingtheit der Merkmale zu erhalten.

II. Die Meßinstrumente für die neuen Merkmale

II.0. Überblick

Das folgende Kapitel II enthält alle notwendigen Informationen über die Operationalisierungen der therapeutischen Tendenz und der neuen Dimension der Wirkungen auf seiten des Klienten: Ausgehend von der verbalen Beschreibung der Merkmale (Abschnitt II.2.) wird die Konstruktion der Skalen begründet. Unter dem Gesichtspunkt der Qualität der verschiedenen Daten - Erlebens- und Verhaltensdaten, statistische und prozeßorientierte Erhebung - werden die verschiedenen Skalen jeweils für das Klienten- respektive Therapeutenmerkmal vorgestellt und begründet (Abschnitt II.3.). Nach Abschnitt II.3. ist somit geklärt, welche Skalen mit welcher Begründung konstruiert sind.

Das jeweilige Konstruktionsverfahren selbst wird in Abschnitt II.4. dargestellt und diskutiert. Daran anschließend werden die resultierenden, in der Untersuchung eingesetzten Skalen diskutiert im Hinblick auf die Merkmalsquantifizierung (Abschnitt II.5.), was die Qualifizierung der Rater für die Einstufung der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen einschließt.

Die Konstruktion der Skalen abschließend werden in Abschnitt II.6. Merkmale der Reliabilität und Validität der Skalen bzw. der durch sie erhobenen Daten diskutiert.

Weitere Skalen, die in die Untersuchung einbezogen, jedoch nicht neu konstruiert werden, stellt Abschnitt II.7. kurz vor.

II.1. Beschreibung der untersuchten Merkmale

Die therapeutische Tendenz geht von einer Neuformulierung der GPT-Variable 'Verbalisierung der emotionalen Erlebensgehalte des Klienten durch den Therapeuten (VeE)' aus. Die Variante VeE enthält bereits eine emotionale Vorbelastetheit. Sie wird neutralisiert, d.h. als nachvollziehendes Verstehen und Verbalisieren des den Äußerungen zugrundeliegenden unmittelbar virulenten Erlebens des Klienten durch den Therapeuten aufgegriffen. So formuliert nimmt die Konkretisierung des Verstehens und Verbalisierens einen emotionalen und einen kognitiven Pol an.

Das Klientenmerkmal dreht sich um eine spezifische Art und Weise, wie der Klient sich auf sich selbst und auf sein Erleben im Moment persönlicher Betroffenheit bezieht, bzw. um eine fortschreitende Veränderung seines Selbst- und Erlebensbezuges, die aus dem Wechselspiel zwischen der Verbalisierung des Therapeuten und der Selbstexploration des Klienten resultiert (vgl. Teil A, Abschnitt II.3.).

a) Beschreibung des Therapeutenmerkmals

Der Funktionsbestimmung des klientenzentrierten Verbalisierens gemäß konzentriert der Psychotherapeut seine Bemühungen darauf, aus den Stellungnahmen und Schilderungen des Klienten über bestimmte Situationen und sein Erleben nachvollziehend zu verstehen, was in der geschilderten Situation selbst und/oder im Moment der Schilderung unmittelbar erlebensmäßig im Klienten vor sich geht. Das nachvollziehend verstandene unmittelbare Erleben teilt er dem Klienten mit in einer verbalen Formulierung. Verstehen und das Verbalisieren können sich auf emotionales und kognitives Erleben gleichermaßen beziehen.

Die emotionale Ausrichtung dieses Therapeutenverhaltens ist dadurch charakterisiert, daß der Therapeut seine Bemühungen darauf konzentriert, sich g e f ü h l s m ä ß i g in den Klienten hineinzusetzen und aus den Schilderungen nachvollziehend mitzu f ü h l e n, welche Affekte und Empfindungen unmittelbar im Moment des geschilderten Erlebens im Klienten virulent waren bzw. sind. Diese emotionalen Momente der Erlebensunmittelbarkeit kommuniziert er an den Klienten in der Form ihrer verbalen Feststellung. Die Leitfrage seiner Empathie ist: was muß der Klient, bei dem, was er schildert, unmittelbar gefühlsmäßig erlebt haben und/oder was fühlt er jetzt? Beziehungsweise genauer: was fühle ich, wenn ich mich in die Gefühlswelt des Klienten hineinversetze? Inhalt seiner Verbalisierungen sind emotional geprägte Erlebensmomente, also Gefühle, Launen, Stimmungen, Affekte usw.

Beim kognitiv orientierten Verstehen und Verbalisieren konzentriert der Therapeut sein Bemühen darauf, aus den Schilderungen des Klienten, dessen persönliche Situation v o r - s t e l l u n g s m ä ß i g nachzuvollziehen und zu verstehen, welche unreflektiert-impulsiven Vorstellungen, Befürchtungen, Erwartungen, Urteile usw. die unmittelbar erlebte Betroffenheit im Klienten auslöste bzw. auslöst. Leitfrage seiner Empathie ist: was muß sich der Klient unmittelbar in Konfrontation mit der geschilderten Situation gedacht haben; was ging oder geht 'in seinem Kopf' vor sich? Bzw. genauer: welche Kognitionen erlebe ich, wenn ich mich in die Situation und die kognitiven Reaktionen des Klienten darauf hineinversetze? Inhalte seiner Verbalisierungen sind diese kognitiven Erlebensmomente, also impulsive Gedanken, Erwartungen, Assoziationen, unreflektierte Entschlüsse, kurzgeschlossene Urteile usw.

b) Beschreibung des Klientenmerkmals

Den Bestimmungen des Neurosenmodells gemäß ist der Klient in persönlich belastenden Situationen zunächst im Zustand des unmittelbaren Betroffenheitserlebens. Innerhalb dieses Zustandes ist sein Erleben 'kurzgeschlossen'. Die Fähigkeit des Klienten, sich aus der Kurzgeschlossenheit zu lösen und selbstreflexiv auf sein Erleben Bezug zu nehmen, ist mehr oder weniger ausgeprägt. Sie reicht vom negativen Pol - verschwindend ausgeprägt - bis zum positiven Pol - stark ausgeprägt.

Charakteristisch für neurotisch gestörtes Erleben ist der negative Pol, die fehlende oder geringe Ausprägung des Merkmals: der neurotische Klient ist in Problemsituationen, die ihn persönlich betreffen, unfähig, sich von seinen unmittelbar ausgelösten gefühlsmäßigen und gedanklichen Impulsen (Angst, Wut, Enttäuschung, Befürchtungen, unreflektierte kurzgeschlossene Urteile und Entschlüsse, impulsive Gedanken usw.) so weit zu lösen, daß er sie realitätsgerecht beurteilen, relativieren und unter Kontrolle halten kann. Er erlebt seine eigenen kurzgeschlossenen Gedanken und seine emotionalen Regungen wie eine Macht oder einen Zwang, dem er hilflos ausgeliefert ist. Er ist Gefangener seiner momentanen Gefühle und kognitiven Impulse, so daß er diese aus der zeitlich/psychischen Distanz als Hindernis für die Realisierung seiner langfristigen Ziele und Überzeugungen erlebt.

Für psychische Stabilität bzw. die therapeutisch bewirkten Veränderungen ist der positive Pol, die starke Ausprägung des Merkmals, ausschlaggebend: der gebesserte Klient kann sich in Problemsituationen, die ihn persönlich betreffen, von seinen unmittelbar ausgelösten gefühlsmäßigen und gedanklichen Impulsen zugleich so weit lösen, daß er sie realitätsgerecht beurteilen, relativieren und unter Kontrolle halten kann. Er erlebt sich als 'Herr im eigenen Haus', er kann auf seine

unmittelbar ausgelösten Gedanken und Gefühle reflexiv Bezug nehmen und sie daher als seine ganz subjektiven akzeptieren. Zugleich hat er sie so weit im 'Griff', daß er seine langfristigen Ziele und Überzeugungen realisieren kann.

Diese verbalen Umschreibungen des Therapeuten- und des Klientenmerkmals bilden die Grundlage ihrer Operationalisierung in Form von Skalen für eine empirische Prüfung der Untersuchungsannahmen.

II.2. Begründungen der Konstruktion neuer Skalen für die therapeutische Tendenz und für das Klientenmerkmal

II.2.1. Begründung der Konstruktion neuer Skalen für die therapeutische Tendenz

Mitbedingt durch den mangelnden Bezug der kognitions-theoretischen Konzepte auf die klientenzentrierte Interaktion sind die bisher anhand von Skalen untersuchten Merkmale des klientenzentrierten Therapeutenverhaltens in der Regel inhaltlich auf emotionales Erleben festgelegt. Davon ausgehend werden die traditionellen Variablen zum Teil differenzierter erfaßt; zum Teil beziehen 'neuere' Skalen auch Merkmale eher sprachformalen Charakters ein, die in diesen formalen Qualitäten auch kognitiv aufgefaßt werden können: z.B. Differenziertheit, Richtigkeit, Konkretheit, Anschaulichkeit usw.

So wird beispielsweise in der von Eckert (1979), Schwartz (1975) entwickelten Skalenbatterie, die das Therapeutenmerkmal "VeE" differenziert nach verschiedenen Dimensionen, der Bezug auf das Erleben als emotionales Erleben beibehalten (vgl. die Darstellung in Bommert, 1982, S. 86-95). Die 'Richtigkeit' der Verbalisierung ist gleichgesetzt mit dem Treffen des "für den Klienten wesentliche(n) Gefühl(es)" und der "auf die Gefühle bezogenen Äußerungen". Ähnlich wird unter dem Kriterium 'Konkretheit' bewertet, daß

"mögliche Empfindungen" in direkter Rede ausgesprochen werden, und als "Deutlichkeit" zählt das direkte Ansprechen der "geäußerten oder vermuteten Gefühle" (vgl. Eckert 1974, Anhang, Schwartz 1975, Anhang, vgl. auch Babel/Eckert/Langer u. Schwartz 1978, S. 67/68).

Zur Untersuchung einer inhaltlich auf Kognitionen ausgerichteten therapeutischen Tendenz kann daher auf keine verbindlichen Skalen zurückgegriffen werden. Das den Merkmalen zugrundeliegende GPT Modell hingegen enthält auch die erforderlichen Kriterien für die Konkretisierung und Operationalisierung einer kognitiven Realisierung der klientenzentrierten Grundbedingungen.

II.2.2. Begründung der Konstruktion neuer Skalen für das Klientenmerkmal

Therapieerfolg wurde im Verlauf der klientenzentrierten Psychotherapieforschung an einer Vielzahl von normativen und subjektiven, allgemeinen und konzeptspezifischen Kriterien gemessen. Ihre quantitativen Beziehungen untereinander bzw. zu anderen Prozeßmerkmalen wurden unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht und geprüft (vgl. Bommert 1982, S. 151 ff.).¹⁾

In der Regel stehen die Untersuchungen von konzeptbezogenen Veränderungsmerkmalen (wie Gefühlsoffenheit, Annäherung zwischen Ideal- und Real-Selbst u. dergl.) relativ unvermittelt neben den Untersuchungen allgemeiner Kriterien für psychische Stabilisierung infolge der Therapie (beispielsweise die Persönlichkeitsdimensionen des MMPI, vgl. dazu Mütther 1978). Der Zusammenhang zwischen den beiden Erfolgsdimensionen wird in der Regel als *s t a t i s t i s c h e r* untersucht. Daher kann nur festgestellt werden, o b bzw. d a ß ein solcher Zusammenhang existiert, jedoch nicht, von welcher Art dieser ist.

In bezug auf die allgemeinen Erfolgskriterien nehmen in jüngerer Zeit kognitiv geprägte Merkmale wie Problemlösefähigkeit einen relativ breiten Raum ein, da die besondere Bedeutung der kognitiven, problembezogenen Funktionen für psychische Stabilität mehr und mehr empirisch gestützt wird auch von seiten der GPT-Erfolgsforschung. (Vgl. Epe 1978/80, Zielke u.a. 1980; vgl. dazu auch Teil A, Abschnitt I.5.). Andererseits stehen diese gesicherten kognitiven Dimensionen des Therapieerfolges ohne inneren Bezug neben den konzeptgemäßen Erfolgskriterien, teilweise erscheinen ihre Inhalte sogar widersprüchlich (z.B. Gefühlsoffenheit und Gefühlskontrolle).

Im Gegensatz dazu resultiert aus dem GPT-Modell eine Dimension der therapeutischen Wirksamkeit, die die Veränderungen des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten innerhalb der klientenzentrierten Interaktion und außerhalb, in alltäglichen Problemsituationen, als zusammengehörige begreift und die Veränderungen im kognitiven und im emotionalen Erlebensbereich gleichermaßen als Wirkungen des klientenzentrierten Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration begründet. Aus den Modellbestimmungen werden daher die entsprechenden Merkmalsoperationalisierungen entwickelt.

II.3. Die Merkmalsoperationalisierungen unter Gesichtspunkten der Datenqualität

II.3.1. Erlebens- und Verhaltensdaten

Im Rahmen der Therapieforschung werden in der Regel zwei alternative reaktive Erhebungsverfahren verwendet, die zu Daten unterschiedlicher Qualität führen:

1. Einschätzungsverfahren, die auf dem s u b j e k t i v e n E r l e b e n der am Prozeß b e t e i l i g t e n Personen (Kl. und Th.) beruhen: a) Selbsteinschätzungen, die das Selbsterleben des Therapeuten respektive Klienten erfassen; b) Fremdeinschätzungen, die das Erleben der einzuschätzenden Merkmale beim jeweiligen Interaktionspartner (Kl. resp. Th.) erfassen. In der Regel werden solche Daten durch Fragebögen oder durch Q-sorts und ähnliche Auswahlverfahren gewonnen (vgl. Betz 1976, S. 191 f.).
2. Rating-Verfahren, die auf der Beurteilung des Verhaltens der am Untersuchungsgegenstand beteiligten Personen v o n a u ß e n beruhen. Das subjektive Prozeßerleben der Interagierenden ist für die resultierenden V e r h a l t e n s d a t e n unwesentlich, da die Beurteiler nicht am untersuchten Geschehen beteiligt sind. Im Rahmen der GPT-Forschung werden solche Daten in der Regel durch Ratings von Tonbandausschnitten aus Gesprächssitzungen entnommen (vgl. H. Bommert 1972, J. Eckert 1974, Schwartz 1975, Howe 1980, Espe 1978/80 u.a.).

Die im Gesprächsrating vollzogene Trennung von M o d u s (non-verbale Interaktionsmerkmale) und G e h a l t (Sprachinhalte) wird zwar von einigen Autoren problematisiert (vgl. Scherer 1974, S. 110 ff., Manz 1974, S. 27 ff.). Andererseits schließt die GPT einen inneren Zusammenhang zwischen den Inhalten der Äußerungen und non-verbalen Merkmalen der therapeutischen Haltung ein, der eine Beurteilung der Interaktion allein aus akustischer Gesprächswiedergabe rechtfertigt. (Vgl. dazu Teil A, Abschnitt II.2. A.a.O. ist der Zusammenhang zwischen den Inhalten der Verbalisierungen und der empathischen Haltung des Therapeuten aufgeführt).

Jedes der beiden angeführten Grundverfahren hat Vor- und Nachteile (vgl. dazu Guilford 1954, S. 278 ff; Betz 1976, S. 137 ff, Wegener 1976, S. 115 ff): introspektive Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren erlauben die Einbeziehung des subjektiven Interaktionserlebens der Beteiligten. Im Rahmen der Therapieforschung ist dies insofern von besonderer Bedeutung, als die Therapeuten- respektive Klientenvariablen und ihre jeweilige (Wechsel)wirkung nur über das Erleben der beiden Interaktionspartner vermittelt wird. Nachteilig ist die geringere Kontrollierbarkeit der subjektiven Einschätzungen, verbunden mit möglichen methodischen und inhaltlichen Verzerrungen der resultierenden Merkmalsmaße. Diese subjektiven Einflüsse (wie Beurteilungstendenzen, Adaptations- und Kontrasteffekte usw.) lassen sich dadurch reduzieren, daß dasselbe Merkmal jeweils als Selbsteinschätzung und als Fremdeinschätzung durch den beteiligten Interaktionspartner erhoben wird (vgl. dazu Buttgeriet 1980, S. 158 - 221, insbesondere S. 198; vgl. dazu auch Wiedemanns Diskussion der Analyse subjektiver Daten, 1982, S. 66-68).

Verhaltens-Ratings erlauben die Kontrolle der subjektiven Urteilsdeterminanten bei den am Prozeß Beteiligten durch eine neutrale außenstehende Person. Die erhöhte Kontrolle ist jedoch mit Verlust an Informationen über das Prozeßerleben der Beteiligten verbunden. (Zu den Problemen objektiver Rating-Verfahren siehe Tausch 1975, S. 14/15; Pawlik 1968, S. 364 ff, Schaller 1980, S. 139 ff).

Um die jeweiligen verfahrensimmanenten Fehlerquellen zu kontrollieren und die Vorteile beider Datenarten auszuschöpfen, wird das Therapeuten- und das Klientenmerkmal jeweils in Form von subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen und als Verhaltensrating-Daten erhoben:

Anhand von F r a g e b ö g e n wird erfaßt, wie der Therapeut selbst seine Interaktion erlebt, wie der Klient die

Reaktionen des Therapeuten erlebt, und wie der Klient die therapeutisch bewirkten Veränderungen nach abgeschlossener Therapie erlebt.

Anhand von G e s p r ä c h s r a t i n g s wird erfaßt, wie sich die therapeutische Tendenz und die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten jeweils in den Therapeuten- respektive Klientenäußerungen einem außenstehenden, geschulten Rater darstellt.

II.3.2. Statische und prozeßbezogene Datenerfassung

Als Wissenschaft ist die GPT seit ihrer Begründung durch Rogers wesentlich durch eine enge Verzahnung zwischen therapeutischem Prozeß und dessen begleitende Evaluation ausgezeichnet (vgl. Rogers 1942, vgl. auch Struck und Petermann 1982, S. 5 f).²⁾

Spätere Tendenzen der GPT-Forschung, durch Prä-Post-Erfolgskontrollen gegenüber anderen Therapieschulen ihre Wirksamkeit zu 'beweisen' bzw. die Vielfalt der am Prozeß beteiligten Faktoren als statische Größe zu erfassen (vgl. Bommert 1982, S. 152)³⁾ werden heute vielfach problematisiert und stellen die GPT vor erhebliche Forschungsprobleme. Neben den meßtechnischen Problemen (vgl. Auckenthaler 1980, S. 311 ff) stellt sich u.a. auch die Frage nach dem Zusammenhang der vielen Einzelvariablen (vgl. Helm 1978, Tausch 1979, Nowack/Petermann 1982, S. 9 ff.).

Die von Kiesler (1966) bereits betonte Zusammengehörigkeit zwischen Prozeß- und Bereichsforschung steht heute außer Zweifel (vgl. dazu die Methodendiskussion in Schulz und Hautzinger, 1980, Bd. 2). Die Erfassung des Gesamtgeschehens enthält demnach stets Momente der statischen Merkmalserhebung im Hinblick auf Voraussetzungen der Therapie (Indikation) und auf außertherapeutische Wirksamkeitskriterien (Langzeitwirkungen). Die Veränderungen innerhalb der Thera-

pie hingegen erfordern eine prozeßorientierte Evaluation, die durch Mehrfacherhebungen allein nicht erreicht werden kann, sondern auch eigene, 'veränderungssensitive Verfahren' erfordert (vgl. dazu Auckenthaler 1980, S. 313; vgl. dazu auch Petermann's Gegenüberstellung von "Praxiskontrolle" und "kontrollierter Praxis", Petermann 1982, Struck u. Petermann 1982, S. 5 ff).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird das Therapeuten- respektive Klientenmerkmal daher in seinem Interaktionsverlauf u n d als statisches Merkmal jeweils mit gesonderten Meßinstrumenten erfaßt:

- a) Die therapeutische Tendenz wird jeweils als persönliche Voraussetzung des Therapeuten u n d als Merkmal seiner realisierten Interaktion im Verlauf der Therapiegespräche erfaßt.
- b) Das Klientenmerkmal wird als Dimension des Erlebens und Verhaltens des Klienten nach abgeschlossener Therapie u n d als Veränderungsdimension innerhalb der therapeutischen Interaktion im Verlauf der Therapie erfaßt.

Insgesamt werden somit für die anschließende Untersuchung nach den verschiedenartigen Meßkriterien Skalen konstruiert, die eine erlebens- und verhaltensmäßige statische und prozeßbezogene Erfassung des Klienten- respektive Therapeutenmerkmals gewährleisten:

- statisch konzipierte Fragebögen zur subjektiven Selbsteinschätzung
- statisch konzipierte Fragebögen zur subjektiven Fremdeinschätzung
- prozeßbezogene Fragebögen zur subjektiven Selbsteinschätzung
- prozeßbezogene Fragebögen zur subjektiven Fremdeinschätzung
- Rating-Skalen zur Einstufung der Therapeuten- resp. Klientenäußerungen. Diese sind vom Prinzip her auf die konkreten Phänomene innerhalb der therapeutischen Interaktion bezogen, also per se prozeßorientiert.

II.4. Das Konstruktionsverfahren

II.4.1. Konstruktion der Fragebögen

Mit der Erstellung von Fragebögen für die therapeutische Tendenz und für das Klientenmerkmal soll jeweils eine Dimension operationalisiert werden, deren Gehalt durch das Modell des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration definiert ist. Um auszuschließen, daß andere Konzepte der GPT in die Skalenerstellung einfließen, wurden die grundlegenden Items zunächst allein durch den 'Konzeptexperten' (der Verfasser) vorformuliert. Diese Vorformulierungen bilden das Ausgangsmaterial der endgültigen Itemformulierungen und ihrer Zusammenstellung zu den verschiedenen Skalen in Zusammenarbeit mit Experten.

Die Erstellung aller Skalen schließt somit zwei Arbeitsphasen ein:

- a) Die Vorformulierung jeweils einer Auswahl von Items für die verschiedenen Skalen: Außer den Konstruktbestimmungen ist das Kriterium 'Praxisnähe' ausschlaggebend für die Auswahl der Items. Ihr Grundmaterial sind daher dokumentierte Auszüge aus klientenzentrierten Therapiegesprächen (vgl. dazu die Gesprächswiedergabe in Bommert 1982, S. 137 ff, vgl. auch Minzel 1979 a, Pavel 1978 u.a.).
- b) Die Selektion und Verbesserung von Items aus diesem Itempool und ihre Zusammenstellung zur End-Skala in Zusammenarbeit mit einem Expertenteam (2 Dipl.Psych. und ein fortgeschrittener Psychologie-Student mit Erfahrung in GPT): Diese Konstruktionsphase dient in erster Linie der Reduktion methodenbedingter Störfaktoren. In Anlehnung an Wottawa (1980, S. 87 f u.a.) schließt die zweite Konstruktionsphase folgende Schritte ein:

- Die Zahl der Items wurde auf ein zeitlich und konzentrationsmäßig zumutbares Maß reduziert.
- Die Item-Formulierungen wurden neutralisiert - d.h. von allen emotional behafteten Momenten befreit -, um Beurteilungstendenzen (nach Betz 1976, die einflußreichsten Störfaktoren, die den gesamten Skalenwert beeinflussen können), möglichst auszuschließen.
- Die Itemformulierungen wurden in Hinblick auf Allgemeinverständlichkeit überarbeitet; uneindeutige Formulierungen wurden durch eindeutige ersetzt. Beides erhöht die Sicherheit, daß das in die Items übersetzte Merkmalskonzept die Antwort auf die Items bestimmt, und nicht eine davon abweichende Iteminterpretation des Skalenbearbeiters.
- Zur Überprüfung der Verständlichkeit und Eindeutigkeit wurden die ausgewählten und umformulierten Items einer fachfremden Person zur Beantwortung vorgelegt. Die Verbesserungsvorschläge dieser Person wurden in die Itemformulierungen einbezogen.
- Bei der Zusammenstellung der Items zur endgültigen Skala wurden etwaige Kontrast- und Adaptationseffekte dadurch ausgeschlossen, daß keine sehr ähnlich bzw. gegensätzlich formulierte Items aufeinanderfolgten (vgl. dazu auch Schaller 1980, S. 145-149; Huber/Schmerkotte 1976, S. 58 ff; Besozzi/Zehnpfennig 1976, S. 13 ff).

Die Konstruktion der Items hatte eine grundsätzliche gegenläufige Tendenz zwischen methodischen Forderungen an die Items und inhaltlichen Kriterien zu bewältigen: aufgrund der Komplexität der Merkmale sind ausführliche Formulierungen der Indikatoren gefordert, während unter methodischen Gesichtspunkten die Items kurz zu fassen sind, was tendenziell auf Kosten des Merkmalgehaltes geht. Die resultierenden Items sind Kompromisse zwischen beiden Anforderungen. Daß ihre Beantwortung sprachliche und konzentrierte Anforderungen an den Beantworter stellt, ist aus inhaltlichen Gründen nicht ganz zu vermeiden. In bezug auf die Therapeutenskalen werden dadurch bedingte Fehlermöglichkeiten erheblich reduziert, da die Beantworter mit dem Prozeß, auf den sich die Items beziehen, und mit den dazugehörigen Sprachregelungen vertraut sind und darüberhinaus auch allgemein im Umgang mit Sprache geübt sind. In geringerem Maße trifft dies auch für Klienten zu, die an einer GPT teilnehmen. Eine Übertragung der Befunde auf Klienten der sozialen und bildungsmäßigen Unterschicht muß die Problematik auf alle Fälle berücksichtigen.

II.4.2. Konstruktion der Rating-Skalen zur Beurteilung der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen

Wie die Fragebögen schließen auch die Skalen zur Einstufung der Äußerungen zwei Konstruktionsphasen ein:

- a) Die Vorformulierung der Pole und Skalenstufen ohne Hinzuziehung weiterer Personen, die konzeptfremde Einflüsse grundsätzlich ausschließen soll.
- b) Eine Arbeitsphase in Zusammenarbeit mit dem Expertenteam, die der Verbesserung der Formulierungen in Hinblick auf methodische Anforderungen und Fehlerquellen dient.

ad a)

In Anlehnung an die Empfehlungen von Wegener (1976), Langer und Schulz von Thun (1974), Cranach und Frenz (1969) u.a. wurden die einzelnen Stufen der Merkmalsbewertung durch eine kurze verbale Beschreibung definiert und durch Ankerreize konkretisiert, um dem Rater eine exakte Vorstellung von dem zu messenden Konzept zu vermitteln (Vgl. dazu auch Guilford 1954, S. 278 f, Scherer 1976, S. 115 f, Schaller 1980, S. 139 ff).

ad b)

Die Verbesserung der Vorformulierungen in Kooperation mit den Experten folgte im wesentlichen den Richtlinien von Langer und Schulz von Thun (1974), (vgl. dazu auch Cranach und Frenz 1969, Mees 1977 u.a.):

- Die Formulierungen wurden in Hinblick auf inhaltliche Neutralität, Allgemeinverständlichkeit und Eindeutigkeit verbessert.
- Der Bezug des Rating auf die 'natürliche', wahrnehmbare Beobachtungseinheit wurde in die Formulierung hereingenommen, um verallgemeinernde Urteile des Raters und die damit verbundenen Fehlerquellen auszuschließen. (Z.B. anstelle der Formulierung 'Der Therapeut/Klient hat ...'

wurde die Formulierung: "die Äußerungen des Therapeuten/Klienten sind ... gewählt").

- Die Ankerreize wurden auf eine Beispielsäußerung pro Skalenextrem reduziert, da ein Zuviel zur Skalenüberfrachtung mit gegenteiligen Effekten führt (vgl. dazu Guilford 1954).
- Die Ankerreize und die verbalen Beschreibungen der Skalenpositionen wurden daraufhin verbessert, daß das Merkmalskonzept möglichst präzise zum Ausdruck kommt, und daß die quantitativen Abstufungen eindeutig diskriminiert werden können.

II.4.3. Überblick über die neu konstruierten Skalen

II.4.3.1. Die Skalen zur Erfassung der therapeutischen Tendenz

a) Die therapeutische Tendenz als persönliche Verbalisierungspräferenz

Der Fragebogen "Standardsituationen zur Erfassung der therapeutischen Tendenz" (Anhang A 1) erfaßt das Therapeutenmerkmal anhand der intuitiven Tendenz der Therapie, "Standardaussagen"⁴⁾ eines vorgestellten Durchschnittsklienten zu verbalisieren, d.h. als persönliche Verbalisierungstendenz des Therapeuten unabhängig von der jeweils besonderen realen Therapeut-Klient-Beziehung. Diese Skala bezieht sich also in erster Linie auf die persönlich bedingte Komponente der therapeutischen Tendenz als Grundlage für ihre Realisierung in der konkreten therapeutischen Interaktion.

Die Erfassung der Tendenz zum gefühlszentrierten respektive kognitiven Vorgehen anhand entsprechender inhaltlicher Merkmale der bevorzugten Verbalisierungen schließt insofern auch die haltungsmäßigen Differenzen ein, als das GPT-Modell einen engen inneren Zusammenhang zwischen Verbalisierungsgehalten

und der jeweiligen Haltung des Therapeuten in der empathischen Reaktion formuliert (vgl. Teil A, Abschnitt II.3.).

b) Die therapeutische Tendenz als subjektiv erlebtes Merkmal der realisierten Interaktion

Die Fragebogen: "Therapienachbefragungsbogen für den Therapeuten" (A2) und "Therapienachbefragungsbogen für den Klienten" (A3) messen die therapeutische Tendenz am subjektiven Erleben des realisierten Therapeutenverhaltens. Und zwar gemessen an der wiederholten eindrucksmäßigen Selbstbeurteilung des Therapeuten und an der wiederholten eindrucksmäßigen Fremdbeurteilung durch den Klienten unmittelbar im Anschluß an die realisierte Interaktion. Selbst- und Fremdeinschätzungen gelten als gleichberechtigte Indikatoren der therapeutischen Tendenz, die sich gegenseitig kontrollieren.

c) Die therapeutische Tendenz als von außen erfaßtes Merkmal der Therapeutenäußerungen

Die Einstufung der therapeutischen Tendenz nach den Richtungskategorien "Verbalisierung der gefühlsmäßigen Momente des unmittelbaren Erlebens des Klienten durch den Therapeuten" und "Verbalisierung der kognitiven Momente des unmittelbaren Erlebens des Klienten durch den Therapeuten" (A4) liefert ein Maß für die therapeutische Tendenz, das auf Merkmalen der Verbalisierungsinhalte beruht. Grundlage dieser Messung ist der innere Zusammenhang zwischen den haltungsmäßigen Merkmalen der kognitiven respektive gefühlszentrierten Tendenz und entsprechenden Unterschieden der jeweiligen Verbalisierungsinhalte (vgl. Teil A, Abschnitt II.3.). Die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Beurteilung der Tendenz nach Merkmalen der Verbalisierung wird durch eine entsprechende Schulung der Rater hergestellt (vgl. Abschnitt II.5. 2.1.).

II.4.3.2. Die Skalen zur Erfassung des Klientenmerkmals

- a) Die Veränderung als Merkmal des Erlebens und Verhaltens des Klienten nach abgeschlossener Therapie

Der Fragebogen: "Klientenfragebogen nach abgeschlossener Therapie" (A4) mißt die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten nach Abschluß der Therapie in alltäglichen Situationen. Das Maß beruht auf einem Vergleich zwischen dem Erleben und Verhalten vor und nach der Therapie, der in den Items formuliert und von den Klienten zu bewerten ist.⁵⁾

- b) Die Veränderung als Merkmal der Äußerungen des Klienten in der Therapie

Die Einstufung der Äußerungen von Klienten in der Therapie durch die Rating-Skala "Kontrolle des Klienten über sein unmittelbares Erleben" mit dem negativen Pol "Kurzgeschlossenheit" und dem positiven Pol "reflexive Kontrolle" ergibt ein Maß für den Selbst- und Erlebensbezug des Klienten, das auf Merkmalen der Inhalte seiner Äußerungen in der Therapie beruht. Grundlage dieser Messung ist der innere Zusammenhang zwischen dem Erlebensbezug des Klienten und seinen Äußerungen über das Erleben, wie er in Teil A (vgl. Kapitel II.2.) begründet ist.

Für die Erfassung des Erlebensbezuges auf emotionale respektive kognitive Erlebensmomente liegen zwei getrennte Skalen vor (A6.1, A6.2)

"Kontrolle des Klienten über emotionale Momente seines Erlebens"

"Kontrolle des Klienten über kognitive Momente seines Erlebens"

Die Wahrnehmung und Beurteilung der Klientenaussagen anhand der Rating-Kategorien ist an die Schulung der Rater für das Merkmalskonzept gebunden (vgl. Kap. II, Abschn. 6.2.1.).

II.5. Merkmalsquantifizierung anhand der Skalen

II.5.1. Merkmalsquantifizierungen anhand der Selbst- und Fremdeinschätzungen durch die Interaktionspartner

Ausschlaggebend für die quantitative Differenziertheit der subjektiven Merkmalsdaten ist die Itembewertungsskala, die den Therapeuten respektive Klienten Grade der Zustimmung zu den Kernaussagen vorgibt. Diese Quantifizierung der Selbst- bzw. Fremdeinschätzung wurde gemeinsam mit dem Experten-team festgelegt.

Ausschlaggebend für die Entscheidung zu einer 5-stufigen Bewertungsskala war das Bemühen, das Therapeuten- respektive Klientenmerkmal für die statistische Verarbeitung so differenziert und exakt wie möglich zu erfassen, ohne jedoch "künstliche" Unterschiede zu produzieren, die am Merkmal selbst keine inhaltliche Entsprechung mehr haben. In der Regel wird für die Erfassung von GPT-spezifischen Therapeuten- respektive Klientenmerkmalen davon ausgegangen, daß 5 Ausprägungsgrade den beobachtbaren Differenzen angemessen ist (vgl. die Arbeiten von Eckert 1974, Schwartz 1975).

Mit der 5-stufigen Bewertungsskala werden dem jeweiligen Therapeuten respektive Klienten zwei Grade der Zustimmung zu den Items bzw. 2 Grade der Ablehnung und eine neutrale Antwort zur Verfügung gestellt. Zur Vermittlung einer genauen Vorstellung über die quantitativen Verhältnisse, die durch die Zahlen der Bewertungsskalen repräsentiert sind, wurden die 5 Grade der Bewertung verbal ausformuliert. Ein Hinweis, die Skalenstufen als gleichabständige zu handhaben und alle Möglichkeiten voll auszuschöpfen wurde zusätzlich in die Erläuterung der Fragebogenbearbeitung aufgenommen.

II.5.2. Merkmalsquantifizierungen anhand von Verhaltensratings

Die Ratingskalen für das Klienten- respektive Therapeutenmerkmal beinhalten bereits quantitative Abstufungen zwischen jeweils zwei extremen Merkmalspolen, die durch Zahlen und ihre verbale Beschreibung vorgegeben sind: Die therapeutische Tendenz ist repräsentiert als ausschließlich emotionale ((E) +2), überwiegend emotionale ((E)+1), ausgeglichene (0), überwiegend kognitive ((K)+1) und ausschließlich kognitive ((K)+2).

Das Klientenmerkmal ist repräsentiert als extreme Ausprägung des positiven Merkmalspols (+2), Überwiegen der positiven Merkmalsindikatoren (+1), Ausgeglichenheit (0), Überwiegen der negativen Merkmalsindikatoren (-1) und negatives Merkmals-extrem (-2).

Die Merkmalsquantifizierung anhand der Rating-Skalen geschieht durch neutrale, an der Interaktion unbeteiligte Rater. Deren Befähigung zur Identifikation der Merkmale an den beurteilten Therapeuten- respekt. Klientäußerungen und zur Handhabung der Skalenstufen im Beobachtungstraining ist für die tatsächliche Differenziertheit der Merkmalsquantifizierungen und für ihre Merkmals-Repräsentativität ausschlaggebend.

II.5.2.1. Die Rater

Nach Langer und Schulz von Thun (1974, S. 55 f) sollten mindestens fünf Rater pro Objekt und Merkmal vorhanden sein, was nach Guilford zugleich die "kritische Grenze" darstellt, über die hinaus keine weiteren Verbesserungen der Beurteilung mehr erzielt werden (1954, S. 397; vgl. auch Schaller 1980).⁶⁾ Für die Einstufung der Therapeutenaussagen wurden also insgesamt 6 Rater hinzugezogen, für die Einstufung der Klientenaussagen 2 mal 5 Rater: jeweils 5 Rater für das Merk-

mal in bezug auf emotionale Erlebensgehalte und 5 Rater für die Veränderung des Selbstbezuges des Klienten auf kognitives Erleben.

Zur Ausschaltung störender Einflüsse durch alternative GPT-Konzepte und/oder ein bestimmtes sachliches Interesse am Untersuchungsbefund wurden nur Personen, die keinerlei beruflichen oder persönlichen Bezug zu Psychologie haben, in die Ratergruppen aufgenommen. In Anlehnung an die Empfehlungen von Langer/Schulz von Thun (1974, S. 55), wurden die Rater durch angemessene Bezahlung ihrer Leistung motiviert.

Die resultierende Gruppe von 15 Ratern setzt sich wie folgt zusammen:

Berufsgruppen: 4 Arbeitslose, 2 Berufstätige im Angestelltenverhältnis, 5 Hausfrauen, 4 Studenten aus sachfremden Gebieten.

Altersgruppen: 6 Personen im Alter von 18 - 23; 6 im Alter von 24 - 28; 3 Personen älter als 28 Jahre.

Das Pendant zur völligen Unvertrautheit der Rater mit den Merkmalen bzw. dem gesamten Gegenstand der Untersuchung bildet die Rater-Schulung, die nach Langer und Schulz von Thun (1974, S. 115) entscheidend für das konzeptgemäße Rating ist.

II.5.2.2. Das Beurteiler-Training

Das Trainingsmaterial

Das Beurteiler-Training wurde zunächst an einzelnen, im Hinblick auf die Merkmale sehr charakteristischen Therapeuten-respektive Klientenäußerungen in GPT-Gesprächen durchgeführt.

Die Festlegung der Beobachtungseinheiten für die Rating-Prozedur erfolgte erst im Anschluß an die Festigung des Konzeptes an "typischen" Einzeläußerungen in einem freien Verfahren, das die kleinste, von den Ratern sicher einstufbare Einheit als Beobachtungseinheit festhält.

Die Trainingsäußerungen wurden - für jedes Merkmal getrennt - durch das Expertenteam ausgewählt. Sie waren den Skalen-Ankerreizen ähnlich, jedoch nicht mit diesen identisch.

b) Trainings-Aufbau

Die Rater wurden jeweils in 5-er Gruppen für jedes Merkmal getrennt geschult. Der Trainingsaufbau orientiert sich an den Empfehlungen von Langer u. Schulz von Thun (1974), Cranach und Frenz (1969), Fieguth (1978) u.a.⁷⁾ und schließt die folgenden Trainingsschritte ein:

0. Bekanntmachung der Rater untereinander und Information über den Schulungszweck.

Nach Schaller (1980, S. 145) der sich auf Reid (1970), Taplin und Reid (1973) bezieht, erhöht sich die Urteilsübereinstimmung bei gegenseitiger Bekanntheit und Information der Rater über den Zweck der Schulung: die bestmögliche Urteilsübereinstimmung.

1. Einweisung der Rater in das Merkmalskonzept; darin eingeschlossen ist die Erklärung des theoretischen Modells in Hinblick auf die empirischen Äußerungen des Merkmalsgehaltes. Angaben zu den abgeleiteten Untersuchungshypothesen wurden dabei nicht gemacht.
2. Diskriminationstraining in bezug auf die Merkmalsextreme; an a) extrem gefühlszentrierten Therapeutenäußerungen in Konfrontation mit extrem kognitiven Therapeutenäußerungen, und b) Klientenäußerungen, die das negative Merkmalsextreim zum Ausdruck bringen in Konfrontation zu Klientenäußerungen, die das positive Merkmalsextreim zum Ausdruck bringen - und zwar getrennt für die Bezugnahme des Klienten auf emotionales und auf kognitives Erleben. Das Diskriminationstraining beinhaltete die Begründung der jeweiligen Äußerungen in Hinblick auf die Merkmalsextreime und ihre Diskussion, sowie ein gemeinsames offenes Rating weiterer Extremäußerungen mit Diskussion der abweichenden Urteile bis zur Einigung.

3. Training der Handhabung der Skalenstufen an weniger extremen und an 'neutralen' Beispieläußerungen. Das Trainingsverfahren war dem der Diskriminationsschulung analog mit dem Ziel der Urteilsübereinstimmung.
4. Festlegung der Beurteilungseinheiten im selbständigen Einzelrating. Hierauf wird in einem gesonderten Punkt (c) ausführlicher eingegangen, da dieser Schritt über die weiteren Schulungsschritte hinaus für die Datenerhebung selbst von Bedeutung ist.
5. Training im selbständigen Einzelrating. Schritt 5 verbindet das selbständige Rating der für das Therapeuten- respektive Klientenmerkmal festgelegten Beurteilungseinheiten ohne Kommunikation zwischen den Ratern mit einer anschließenden gemeinsamen Diskussion der Abweichungen bis zur Urteilsübereinstimmung. Diese Einzelrating-Übungen wurden an mehreren Stichproben wiederholt, bis die sofortige Übereinstimmung merklich vorherrschte.

c) Festlegung der Beurteilungseinheiten

Im Anschluß an die Festigung der Einstufung einzelner Therapeuten- respektive Klientenaussagen (Schritt 1-3 der Raterschulung) wurden ganze Gesprächsausschnitte von jeweils 3 x 5 Minuten im freien Durchgang eingeschätzt. Jeder Rater war gehalten, dann, wenn er eine relativ sichere Einstufung vornehmen konnte, sofort "stop" zu sagen und seine Beurteilung zu notieren. Dieses Verfahren wurde an insgesamt vier Gesprächsausschnitten durchgespielt. Für das Therapeutenmerkmal erwies sich, daß j e d e einzelne Verbalisierung für sich von jedem Rater sicher nach der vorliegenden Skala eingestuft werden konnte. In Bezug auf das Klientenmerkmal ergab das freie Verfahren keine f i x e Zeitgröße als optimale Beobachtungseinheit. Vielmehr entsprach der subjektiven Urteilssicherheit auf seiten der Rater eine gewisse F l e x i - b i l i t ä t in der Beobachtungseinheit insofern, als am

Anfang des Gespräches erst nach 4-5 Minuten eine sichere Einstufung möglich war, im Verlauf des Gespräches hingegen bereits nach 2-3 Minuten.

Dieser Differenz zwischen der minimalen Beurteilungseinheit für das Therapeutenmerkmal und für das Klientenmerkmal entspricht auf Seiten des klientenzentrierten Vorgehens selbst, daß der Therapeut durch sein Therapieverfahren auf verbalisierende Äußerungen festgelegt ist, also (fast) jede Therapeutenaussage das Merkmal indiziert (Nicht-Verbalisierungen, wie Fragen, Anweisungen u.. traten kaum auf und wurden nicht in die Merkmalserhebung einbezogen). Für den Klienten hingegen gibt es keine Vorschrift bezüglich der Art seiner Äußerungen, die deshalb erheblich mehr Aussagen enthalten, die für sich keinen Aufschluß über das Merkmal geben. Dem freien Verfahren gemäß trifft dies insbesondere für die ersten 4-5 Gesprächsminuten zu.

Als Resultat des freien Verfahrens wurden also folgende Beurteilungseinheiten festgelegt:

- Jede einzelne Verbalisierung für die Einschätzung des Therapeutenmerkmals
- Die ersten 5 Gesprächsminuten und alle weiteren 2 1/2 Gesprächsminuten zur Einschätzung des Klientenmerkmals.

d) Prüfung der Interrater-Übereinstimmung

Nach Abschluß des 5. Trainingsschrittes wird für jedes Merkmal und jede Rater-Gruppe getrennt die Übereinstimmung der jeweils 5 Rater in bezug auf die Einstufungen der Therapeuten- respektive Klientenaussagen nach dem Verfahren von Ebel geprüft.

- a) Die Interrater-Korrelation der Einstufungen des Therapeutenmerkmals

Die Einschätzung des Therapeutenmerkmals zur Prüfung der Rater-Übereinstimmung geschieht an drei zufällig gezogenen 15-minütigen Gesprächsausschnitten. Von diesen wird jede Verbalisierung einzeln eingestuft.

Trainingsstichprobe 1 beinhaltet	20 Verbalisierungen (TS1)
Trainingsstichprobe 2 beinhaltet	18 Verbalisierungen (TS2)
Trainingsstichprobe 3 beinhaltet	27 Verbalisierungen (TS3)

Die Übereinstimmung wird für jede der drei Stichproben getrennt ermittelt:

T S 1: Inter-Rater - Korrelationen

	2	3	4	5
1	0.777	0.695	0.631	0.659
2		0.789	0.762	0.698
3			0.688	0.714
4				0.728

arithmetisches Mittel der Z-Transformationen (nach Fischer) $\bar{Z} = 0.903$ entspricht $PM_{\bar{Z}} = 0.718$;

PM_E (nach Ebel) = 0.926

T S 2: Inter-Rater - Korrelationen

	2	3	4	5
1	0.647	0.807	0.807	0.722
2		0.577	0.439	0.554
3			0.721	0.694
4				0.667

$\bar{Z} = 0.824$ entspricht $PM_{\bar{Z}} = 0.677$

$PM_E = 0.891$

TS 3 : Inter-Rater - Korrelationen

	2	3	4	5
1	0.746	0.759	0.685	0.807
2		0.882	0.619	0.734
3			0.683	0.578
4				0.580

$\bar{Z} = 0.912$ entspricht $PM_{\bar{Z}} = 0.722$ $PM_E = 0.924$

b) Die Inter-Rater-Korrelationen der Einstufungen des Klientenmerkmals

Die Einschätzungen des Klientenmerkmals zur Überprüfung der Inter-Rater-Übereinstimmung erfolgt an jeweils 3 zufällig gezogenen 15minütigen Gesprächsausschnitten jeweils getrennt für die Einstufung des Merkmales bezogen auf den emotionalen und den kognitiven Erlebensbereich. Da pro Gesprächsausschnitt nur 5 Einschätzungen - einmal nach 5 Minuten, viermal nach jeweils 2 1/2 Minuten - vorgenommen werden, wird die Übereinstimmung für alle 3 Trainingsstichproben gemeinsam verrechnet.

Inter-Rater-Korrelationen bezogen auf den emotionalen Erlebensbereich

	2	3	4	5
1	0.813	0.760	0.833	0.815
2		0.677	0.551	0.704
3			0.644	0.857
4				0.619

$$\bar{Z} = 0.956 \text{ entspricht } PM_{\bar{Z}} = 0.743$$

$$PM_E = 0.930$$

Inter-Rater-Korrelationen bezogen auf den kognitiven Erlebensbereich

	2	3	4	5
1	0.717	0.762	0.775	0.758
2		0.773	0.714	0.729
3			0.726	0.781
4				0.557

$$\bar{Z} = 0.937 \text{ entspricht } PM_{\bar{Z}} = 0.734$$

$$PM_E = 0.931$$

Insgesamt bewegen sich die Interrater-Korrelationen zwischen 0,89 und 0,93 - berechnet nach dem Verfahren von Ebel, Schulz und von Silbereisen (1978) beurteilen solche, über 0,80 hinausgehende Korrelationen als Beleg für eine hohe Übereinstimmung der Rater untereinander bzw. für eine sichere Verankerung des - die Gemeinsamkeit stiftenden - Merkmalskonzeptes (S. 60 - 64).

II.6. Diskussion der Skalen

II.6.1. Die Meßqualität der Daten

Die Beurteilung der Items nach 5 Graden der Zustimmung bzw. die Einstufung der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen hält die unterschiedlichen Merkmalsausprägungen als quantitative Abstufungen fest.

Im Rahmen der GPT-Forschungspraxis werden die Zahlen der Bewertungsstufen (-2, -1, 0, +1, +2) als gleichabständige Merkmalsabstufungen behandelt, wie es die Verwendung von statistischen Verfahren, die von Intervallskalenniveau ausgehen, unterstellt (vgl. dazu Langer und Schulz von Thun, 1974, S. 149, vgl. auch Eckert 1974, S. 60 ff; Phillip-Dormston 1979, S. 115 ff).⁷⁾

Im Rahmen der Auseinandersetzung innerhalb der GPT ist ein solches quantifizierendes Vorgehen zur Erfassung von Person- und Prozeßmerkmalen nicht unumstritten. Es wird teilweise als unvereinbar mit der Humanität und Komplexität des Interaktionsgeschehens abgelehnt (vgl. Petermann 1980, S. 287 ff; Kwiatkowski 1980 b, S. 323 ff). Darüber hinaus verweist die Kritik auf die Wichtigkeit einer grundlegenden Theorie, die die quantifizierten Maße und ihre Verhältnisse in einen qualitativen Zusammenhang stellt (vgl. dazu O.F. Kruse und K. Juhl 1980, S. 303 f).

Unter meßtheoretischen Gesichtspunkten ist die häufig unterstellte Intervallskalengleichheit bei den Quantifizierungen komplexer psychologischer (sozialer) Merkmale an sich nicht begründet. Daß trotzdem Intervallskalen unterstellt werden, verweist auf eine Diskrepanz zwischen Meßtheorie und Forschungspraxis, die bis in die Anfänge der empirischen Sozialforschung reicht (vgl. Clauss (Ebner 1971, S. 15 ff, Weyl 1927, Allerbeck 1978, S. 199 f). Inwiefern Formulierungen von Skalenstufen wie: "trifft voll zu", "unentschieden" und die zugeordneten Zahlen "+2", "0", eine quantitative

Entsprechung haben und welche quantitative Aussage ein "Abstand" zwischen solchen Stufen haben kann, ist bislang nicht eindeutig zu entscheiden. Strenggenommen kann unter methodischen Gesichtspunkten selbst die Notenskala nicht als Intervallskala interpretiert werden. Weder die Voraussetzung "Objektivität", noch die der gleichen Leistungsabstände zwischen den Notestufen und deren fortgesetzte Teilbarkeit (vgl. Claus/Ebner S. 23) sind gewährleistet, so daß als Intervallskala eigentlich nur tatsächliche quantitative Maße wie Größe, Alter usw. gelten dürfen, die psychologisch kaum von Forschungsinteresse sind. Andererseits ist für die zur Diskussion stehenden Skalen, wie sie in der Sozialforschung, in der GPT-Forschung und in der vorliegenden Untersuchung verwendet werden, aus dem gemessenen Sachverhalt selbst auch eine Ordinal-Skala nicht ableitbar.

Allerbeck verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß die Frage, ob Ordinal-Skalen wie Intervall-Skalen behandelt werden dürfen, an sich falsch gestellt sei, da bereits die Operationalisierung eine subjektive Transformation des Sachverhaltes darstellt, und daß daher von einer an sich existierenden Datenqualität nicht gesprochen werden kann (Allerbeck 1978, S. 203). Die Annahme von Intervallskalen (ebenso wie die von Ordinalskalen) ist letztlich eine subjektive Entscheidung des Forschers für bestimmte Verfahren der Datenverarbeitung, die eine Untersuchung von ansonsten unerkannten Zusammenhängen erlauben.

Welche Ansprüche jeweils an die Datenqualität gestellt werden, ist letztlich eine Abwägung des Forschers zwischen Forschungsgehalt und Fehlermöglichkeiten. Ein Entscheidungsfaktor für das statistische Arbeiten mit ungesicherten Intervallskalen sind die Konsequenzen daraus für die Befunde. Daß die Verwendung von statistischen Verfahren, die Intervallskalen unterstellen, zu kaum abweichenden Befunden gelangt im Vergleich zu Verfahren, die von Ordinalskalen ausgehen, zeigt Allerbecks Untersuchung der Problematik (Allerbeck 1978, S. 206 ff): Der Vergleich der jeweils errechneten Korrelationskoeffizienten r (Pearson) mit dem ordinalen Assoziationsmaß von Kendall, bei denselben Daten erbrachte keinerlei bedeutsame Differenzen.

Eine analoge Prüfung mit übereinstimmendem Ergebnis enthält die vorliegende Arbeit: Der korrelative Zusammenhang der Tendenzwerte jeweils eines Therapeuten bei zwei verschiedenen Klienten wurde anhand des Verfahrens nach Spearman, Pearson und Kendall geprüft, also für Intervallskalenniveau und für ordinale Datenqualität (vgl. Abb. Nr. N. 7 b und 10 b). Alle drei Verfahren führen zu denselben Aussagen.

Die Verarbeitung der anhand der neukonstruierten Skalen gewonnenen Daten (s. Kap. IV) greift auf Verfahren zurück, die meßtheoretisch Intervallskalen voraussetzen (Varianzanalysen und t-Tests). Angesichts der geringfügigen Konsequenzen für die Befunde werden die Abweichungen von dieser Voraussetzung für die Datenverarbeitung toleriert und bei der Dateninterpretation berücksichtigt.

II.6.2. Aspekte der Reliabilität der Skalen

Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) bezieht sich auf die Genauigkeit, mit der ein Meßinstrument mißt, unabhängig davon, w a s es mißt.⁸⁾ Je nach Ziel der Untersuchung und je nach Art der Meßinstrumente treten verschiedene Aspekte der Reliabilität in den Vordergrund.

Zur Prüfung des Stabilitätsaspektes der Reliabilität von Rating-Skalen, die die Person- und Prozeßmerkmale anhand der beobachtbaren Äußerungen erfassen, wird als wichtiges Kriterium auf die Interrater-Übereinstimmung zurückgegriffen. (Vgl. dazu Cranach und Frenz, 1969; Tinsley und Weiß 1975; Phillip-Dormston 1979). Die Übereinstimmung mehrerer voneinander unabhängiger Rater bei der Einstufung desselben Gesprächsausschnittes gibt an, wie weit konzeptfremde subjektive Einflüsse auf die Beurteilung ausgeschaltet sind.

Die Interrater-Übereinstimmungen liegen zwischen 0.89 - 0.93 (nach dem Verfahren von Ebel), so daß dieser Aspekt der Zuverlässigkeit der Instrumente für die Messung des Therapeuten- respektive Klientenmerkmals als Merkmal der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen gewährleistet ist.

Die Objektivität einer Meßoperation im Sinne des Ausschlusses der Subjektivität des Messenden ist eine wichtige Voraussetzung für die Zuverlässigkeit der Skala bzw. der gewonnenen

Daten. Als Ausschluß der Subjektivität dessen, der die Daten unmittelbar erhebt, tritt Skalenobjektivität bei der Erhebung subjektiver Selbst- und Fremdeinschätzungen in Gegensatz zum Ziel der Messung, welche das subjektive Erleben des Beantwortenden erfassen soll. Der Charakter der Merkmale als sich verändernde schließt ebenso die Prüfung der Reliabilität an der S t a b i l i t ä t der Meßwerte aus. Nach Clauss/Ebner ist in solchen Fällen der Ausschluß der Subjektivität des Untersuchenden (des Auswerters) (vgl. Clauss u. Ebner 1971, S. 33) ein wichtiges Reliabilitätskriterium in bezug auf die Erfassung subjektiver Merkmalsindikatoren.

Da die Auswertung der Fragebögen vom Auswertenden lediglich eine Zählleistung erfordert, ist dieser Aspekt der Zuverlässigkeit 100 % gewährleistet.

II.6.3. Aspekte der Validität der Skalen

Die Validität der Meßinstrumente bezieht sich auf den Grad der Genauigkeit, mit dem das jeweilige Instrument tatsächlich mißt, was es messen soll (vgl. Lienert 1961); also auf den Grad der Übereinstimmung der erhobenen Daten mit dem Merkmalskonzept - den Bestimmungen des theoretischen Modells.

Validität ist keine einheitliche generelle Eigenschaft eines Meßinstrumentes; je nach Ziel und Bedingungen einer Untersuchung werden nach der Klassifikation durch die "American Psychological Association" (APA) 1954 vier Hauptaspekte der Validität von Bedeutung: die inhaltliche Validität, die Übereinstimmungsvalidität, die Konstruktvalidität und die Voraussetzungsvalidität (siehe Mees 1977, Kerlinger 1979).

Für die Erfassung der therapeutischen Tendenz und der Veränderung auf seiten des Klienten ist die Konstruktvalidität oder 'theoriegeleitete Validität' (vgl. Mees 1977, Peak 1966) der Meßinstrumente von ausschlaggebender Bedeutung. Diese schließt wiederum verschiedene Gesichtspunkte ein, u.a. die validitätssteigernden Maßnahmen bei der Konstruktion der Skalen.

Ein diesbezüglich wesentlicher Gesichtspunkt ist die Ausschaltung konzeptfremder Merkmalskonstrukte bei der Konstruktion der Skalen für die therapeutische Tendenz und das Klientenmerkmal und bei ihrer Anwendung (vgl. Wottawa 1980, S. 23 ff). In bezug auf die Einstufung der Merkmale an den Gesprächsstichproben ist unter diesem Validitätsaspekt darüber hinaus die Qualität der Rater-Schulung ausschlaggebend. Insofern verweist die hohe Interrater-Übereinstimmung (Abschnitt II.5.2. d)) nicht nur auf die Zuverlässigkeit der Skalen sondern auf die Validität der resultierenden Daten (vgl. Phillip-Dormston 1979, S. 115).

Im Rahmen der Konstruktvalidierung sind alle Konstruktionsmaßnahmen zur Ausschaltung von methodenbedingten Störungen, die zwischen den Merkmalsindikator und das erhobene Datum treten können, zugleich validitätssteigernd. Diesbezüglich wurden bei der Konstruktion der Fragebögen (Abschnitt II.3.1.) und der Rating-Skalen (Abschnitt II.3.2.) folgende Störungen minimiert:

- Kontrast- u. Adaptationseffekt durch die Aufeinanderfolge der Items (vgl. Betz 1976, S. 138-139).
- Beurteilungstendenzen - beispielsweise Tendenzen zu sozialerwünschten, milden oder harten Urteilen usw. - aufgrund von nicht-neutralen Formulierungen (vgl. Schaller 1980, S. 145-148).
- Subjektive Merkmalsinterpretationen durch uneindeutige bzw. undifferenzierte Formulierungen (vgl. Langer u. Schulz von Thun 1974, S. 14/15).

Die Fragebögen zur therapeutischen Tendenz erhalten eine zusätzliche Validierung im Rahmen der Untersuchung selbst: Die Messung derselben Indikatoren an denselben Personen durch Selbst- und Fremdeinschätzungsskalen schließt auch eine wechselseitige Kontrolle der Meßinstrumente ein. Die Übereinstimmung zwischen beiden Maßen der therapeutischen Tendenz (siehe Kapitel I., Abschnitt 2.) ist also zugleich ein Hinweis auf die Validität der Meßinstrumente.

II.7. Die Maße für die weiteren, in die Untersuchung einbezogenen Variablen

Wie im theoretischen Teil der Arbeit (siehe Teil A) ausgeführt wurde, ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der therapeutischen Tendenz mit den Ausrichtungen 'emotional versus kognitiv' und der Persönlichkeitsdimension: 'Extra-Introversion' nach Eysenck in bezug auf die praktischen Implikationen der theoretischen Argumentation aufschlußreich. Dasselbe Interesse gilt auch der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten und anderen Merkmalen des Therapieerfolges.

a) Die Maße für die Erhebung der bipolaren Persönlichkeitsdimension Extraversion-Introversion nach Eysenck

Da die vorliegenden Skalen zur Erfassung der Eysenck'schen Persönlichkeitsdimension bereits in vielen Untersuchungen erprobt und validiert sind, erübrigt sich die Konstruktion einer neuen Skala. Stattdessen wird auf die Extraversions-Skala des EPI (Vgl. Eggert 1971, 1974) zurückgegriffen (siehe A.5.).

Die E-Skala des EPI wird der E-Skala des Maudsley Personality Inventory von Eysenck (MPI) vorgezogen, weil, nach Eggert (1971), der problematische positive Zusammenhang zwischen Introversion und Neurotizismus in der E-Skala des MPI bei der Konstruktion der E-Skala des EPI ausgeschaltet wurde (siehe Eggert 1971, 1974, siehe auch Teil A Abschnitt II.5.).

b) Die Kriterien für die Erfassung des Erfolges der Therapie

Die im Rahmen des Gespräch-Rating beurteilten Therapiedokumente aus der Untersuchung von Eckert (1974) und Schwartz (1975) liegen bereits nach Erfolgs- und Mißerfolgstherapien geordnet vor. Diese vorliegende Aufteilung der Therapie in

eine Extremgruppe 'erfolgreiche Therapien' und eine Extremgruppe 'nicht-erfolgreiche Therapien' wird der Messung des Zusammenganges zwischen dem neuen Veränderungsmerkmal und Therapieerfolg zugrundegelegt. Die Vielfalt von normativen und subjektiven Kriterien für Therapieerfolg im Rahmen der Extremgruppenbildung bei Eckert sind in Kapitel III. dargestellt.

II.8. Zusammenfassung

1. Für eine klientenzentrierte therapeutische Tendenz, die alternativ zur emotionalen Zentrierung eine k o g n i t i v e Ausrichtung annehmen kann, existieren keine geeigneten Skalen, da die vorliegenden Skalen inhaltlich vorwiegend auf e m o t i o n a l e s Erleben bezogen sind. Desgleichen existieren keine Skalen, die Momente der Erlebens d i s t a n z i e r u n g und Selbst k o n t r o l l e als direkte Wirkung der klientenzentrierten Interaktion erfassen. Für beide Merkmale werden daher neue Skalen konstruiert.
2. Unter dem Gesichtspunkt der umfassenden Erhebung qualitativ verschiedener Daten ist insbesondere die Erfassung erbens- und verhaltensmäßiger, statischer und prozeßorientierter Merkmalsindikatoren von Bedeutung.
3. Die Konstruktion der neuen Skalen folgt zwei Hauptgesichtspunkten: Zum einen sollten konzeptfremde Einflüsse auf die Operationalisierungen für die therapeutische Tendenz bzw. für das Klientenmerkmal ausgeschlossen werden. Hierzu wurde für alle Skalen ein Grund-Itempool allein durch den Konzeptverfasser vorformuliert. Aus diesem Grundmaterial wurden in Kooperation mit einem Expertenteam die Skalenitems selektiert und nach methodischen Kriterien günstiger formuliert mit dem Ziel, alle nicht im Merkmals-

konzept begründeten Urteilsdeterminanten möglichst ausschalten.

4. Zur Optimierung der Datenquantifizierung wird bei allen Skalen auf die volle Ausschöpfung der Skalenextreme und die Gleichabständigkeit der Skalenstufen hingewiesen. Die Datenquantifizierung der Gesprächsratings wird durch eine intensive Schulung der Rater ermöglicht. Die hohe Interrater-Übereinstimmung nach abgeschlossenem Beobachtungstraining zeigt, daß die Rater das Konzept - die Merkmalsextrême und die verschiedenen Ausprägungsgrade - beherrschen.
5. Reliabilität und Validität der Skalen sind unter einigen wichtigen diesbezüglichen Gesichtspunkten gewährleistet; zu nennen sind insbesondere die Neutralität der Auswertungen, die hohe Interrater-Übereinstimmungen, die Ausschaltung bzw. Minimierung subjektiver und methodenbedingter Störvariablen durch die zweite Phase der Itemformulierung und -zusammenstellung im Expertendiskurs und die, durch die Untersuchung anhand von Selbst- und Fremdeinschätzungen gegebene, gegenseitige Kontrolle dieser beiden Datenquellen für das Therapeutenmerkmal.

Abbildung II.1. gibt einen Überblick über die Untersuchungsvariablen und die verschiedenen Skalen. Anhand dieser Skalen werden Daten für das Therapeuten- respektive Klientenmerkmal erhoben, die so die operationalisierten Sachverhalte als variable Merkmalsausprägungen repräsentieren und der anschließenden statistischen Untersuchung der Annahmen zur therapeutischen Tendenz und zum Klientenmerkmal zugrundeliegen.

Die Variablen	Die Meßinstrumente	Datenerhebung	Konstruktion/Bewertung
Die therapeutische Tendenz mit einer emotionalen und einer kognitiven Ausrichtung	1. Standardsituationen zur Erfassung der therapeutischen Tendenz" (A1) 2. Nachbefragungsbogen für den Therapeuten (A2) 3. Nachbefragungsbogen für den Klienten (A3) 4. Rating-Skala für die therapeutische Tendenz (A6)	Selbsteinschätzung, 1 Mal außerhalb der Therapie Selbsteinschätzung, 3 Mal im Anschluß an das Gespräch Fremdeinschätzung, 3 Mal im Anschluß an das Gespräch Rating durch neutrale Rater 4 Mal, Therapieäußerungen	5-stufige Skala (-2 bis +2) Neukonstruktion 5-stufige Skala (-2 bis +2) Neukonstruktion siehe 2. 1 (emotionale) Kategorie, 1 (kognitive) Kategorie je Ausprägung +1, +2, Neukonstruktion
Veränderung im Selbst- u. Erlebnisbezug des Klienten - Pol: "Verstrickt-Sein" + Pol: "reflexive Bezugnahme"	1. Fragebogen für den Klienten nach abgeschlossener Therapie (A4) 2. Rating Skala (A7) a) Einschätzung der Veränderung im Bezug auf emotionales Erleben b) Einschätzung der Veränderungen im Bezug auf kognitives Erleben	Selbsteinschätzung, 1 Mal außerhalb der Therapie Rating durch neutrale Rater, 4 Mal, Klientenäußerungen	5-stufige Skala (-2 bis +2) Neukonstruktion 5-stufige Skala (-2 bis +2) Neukonstruktion
Extraversion (n. Eysenck)	E-Skala des EPI (A5)	1 Mal, Selbsteinschätzung	E-Items aus dem EPI (A)
Therapieerfolg	vorliegende Extremgruppen (E+, E-) nach normativen und subjektiven Kriterien	vorliegend aus der Untersuchung von Eckert	

Anmerkungen II.

- 1) Auf die Vielfalt der bisherigen empirischen Befunde zu Therapeuten bzw. Klientenmerkmalen, die nicht direkt in Bezug zur hier behandelten Fragestellung stehen, möchte ich nicht eingehen. Diesbezügliche Aufzählungen und Systematiken finden sich u.a. bei H. Bommert 1982, S. 151 ff.; A. Muther 1978, S. 22 ff.; H. Espe 1978, S. 26 ff. u.a.
- 2) Dies ist eine Grundlage, auf der sich die GPT um wissenschaftliche Anerkennung bemühen konnte, obwohl die theoretischen Konzepte eher Philosophie darstellen. Petermann u. Struck beziehen sich a.a.O. auf diesen Sachverhalt als noch bestehendes Problem der GPT, sich als wissenschaftlich fundierte Tätigkeit zu legitimieren.
- 3) Bommert kennzeichnet a.a.O. die frühe Forschungsphase der GPT als primär prozeßorientierte, der eine Phase der Prä-Post-Erfolgsforschung folgte. Auckenthaler (1980) kennzeichnet die heutige Forschung als z.T. noch immer statisch orientiert (s. 312).
- 4) Die Standardaussagen sind "typische" Klientenäußerungen, die sich in ähnlichen Formulierungen bei vielen verschiedenen Therapiegesprächen wiederfinden.
- 5) Eine prä-post-Kontrolle der langfristigen Veränderungen ist nicht möglich. Die Unsicherheiten und Fehlerquellen, die der subjektive Vergleich durch den jeweiligen Klienten enthält, werden bei der Verarbeitung und Interpretation dieser Daten berücksichtigt.
- 6) In Anlehnung an Guilford (1954), Cranach u. Frenz (1969) u.a. beurteilt Schaller die Schulung der Rater als einen - über die bloße Untersuchungsvoraussetzung hinausgehenden - Bestandteil der Rating-Skala, der über ihre Objektivität, Realibilität und Validität mitentscheidet (S. 143 f.).
- 7) Analog ist auch das Vorgehen bei G. Phillip-Dormston (1979, S. 115 f.), J. Eckert (1974, S. 60 ff.), H.J. Schwartz (1975). Siehe dazu auch die Untersuchungen von Dentler (1977), Dahlhoff u. Bommert (1978).

Die Frage nach dem "ob" und "wie weit" der Quantifizierbarkeit psychologischer und sozialer Untersuchungsgegenstände ist so alt, wie die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihnen. Vgl. Ebner, H./Clauss, G. (Frankfurt/Zürich 1971). Das "ob" ist mit der empirischen Sozialforschung entschieden (Vgl. Weyl, H. 1927). Die

Frage nach dem "wie weit" ist nicht allein vom Gegenstand abhängig. Nach G. Clauss/H. Ebner betrifft das Problem des Quantifizierungsgrades nicht zuletzt den Stand der Meßmethoden (1971, S. 21) und die Prägnanz und Eindeutigkeit der Operationalisierungen (S. 26). Siehe auch W. Salber (1960, S. 44), dessen Kritik am Quantifizieren an für sich eine Kritik an den operationalen Definitionen ist.

- 8) Die Reliabilität besagt also nichts darüber, ob die Meßinstrumente auch tatsächlich das Merkmal erfassen. Als "Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma" bekannt ist das Problem, daß die Steigerung der Meßgenauigkeit mit einer inhaltlichen Entleerung des Erfassten einhergehen kann, so daß der Bezug zum Merkmal verlorenggeht (siehe Petermann 1977, S. 132 ff.).

III. Design und Durchführung der Untersuchung

III.O. Überblick

Die Planung und Durchführung der Untersuchung folgt dem Richtziel, das neue Therapeuten- respektive Klientenmerkmal so zu erfassen, daß

1. die erhobenen Daten keine experimentiellen Artefakte, sondern die Phänomene und Vorgänge im realen therapeutischen Geschehen abbilden,
2. die Daten das Merkmal unter verschiedenen Gesichtspunkten widerspiegeln,
3. zumindest ansatzweise auch Informationen zum Verlauf der Merkmale zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie aufzeigt werden können,
4. ansatzweise einige wichtige Einflußfaktoren auf die Merkmale geprüft werden können, und
5. darüberhinaus auch Zusammenhänge zwischen dem neuen Therapeuten- respektive Klientenmerkmal mit anderen Merkmalen - insbesondere anerkannten Erfolgskriterien - ermittelt werden können.

Diesen leitenden Kriterien ist die Auswahl der Therapeuten- und Klientenstichproben und die Entscheidung für die Situationen der Datenerhebung geschuldet.

Die anschließende Darstellung des Designs der Untersuchung enthält - jeweils getrennt für die subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen (Abschnitt III.1.) und für die Ratings der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen (Abschnitt II.2.) - die erforderlichen Informationen zu den Therapeutenstichproben (Abschnitt III.1.1. bzw. III.2.1.), zu den

Klientenstichproben (Abschnitt III.1.2. bzw. III.2.2.) und zu den Situationen und zum Verfahren der Datenerhebung (Abschnitt III.1.3. bzw. III.2.3.).

III.1. Die Untersuchung der Merkmale anhand der Fragebogendaten

Die Untersuchung anhand von Fremd- und Selbsteinschätzungen durch die am therapeutischen Prozeß Beteiligten dient in erster Linie der Erforschung des Therapeutenmerkmals. Geprüft wird:

- die Unterscheidbarkeit der Gesprächspsychotherapeuten hinsichtlich der Tendenz, eher emotional versus eher kognitiv auf den Klienten einzugehen,
- die Übereinstimmung des Selbsterlebens des Therapeuten und des Fremderlebens durch den Klienten in bezug auf die vom Therapeuten realisierte Tendenz,
- die Stabilität der jeweiligen therapeutischen Tendenz in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Therapie und von einem Wechsel des behandelten Klienten,
- der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Tendenz und der allgemeinen persönlichen Reaktionstendenz im Sinne der Extraversion/Introversion nach Eysenck.

In bezug auf das Klientenmerkmal wird geprüft, ob im Selbsterleben des Klienten nach abgeschlossener Therapie Veränderungen im Sinne des Klientenmerkmals wahrnehmbar sind.

III.1.1. Auswahl und Zusammensetzung der Therapeutenstichprobe

Die Therapeutenstichprobe für die Erhebung der Fragebogendaten umfaßt insgesamt 29 Gesprächspsychotherapeuten, die folgende Kriterien erfüllen:

1. Die Therapeuten haben praktische Erfahrung in mindestens 3 Jahren klientenzentrierter GPT gewonnen, wobei die Grundausbildung nicht, die darauf aufbauenden Ausbildungsjahre jedoch als Praxiserfahrung eingerechnet werden;¹⁾
2. Die Therapeuten kombinieren klientenzentrierte Therapie nicht mit anderen Therapieverfahren, es sei denn, diese sind den klientenzentrierten, nicht-direktiven Grundbedingungen subsumierbar. Erlebensaktivierende und körpersensitivierende Ergänzungen sind damit nicht ausgeschlossen, während Therapeuten, die GPT mit Elementen der Verhaltenstherapie, des Rollenspiels oder mit gestalttherapeutischen Techniken kombinieren, nicht in die Untersuchung einbezogen wurden.
3. Die Therapeuten erheben die Daten zum Therapeutenmerkmal an zwei bis zum Ende vollständigen Therapien: a) anhand von Selbsteinschätzungen auf dem Fragebogen für Therapeuten und b) anhand von Fremdeinschätzungen durch jeweils beide Klienten auf dem Fragebogen für den Klienten. Durch Erhebung der Daten zu Beginn, in der Mitte und gegen Ende einer Therapie wird das Merkmal in seinem Verlauf erfaßt. (Erst- und Letztkontakt wurden aufgrund ihres besonderen Charakters ausgeschlossen).

Die Repräsentativität der Daten für die realen klientenzentrierten Vorgänge und Wirkungen hängt in hohem Ausmaß von der Repräsentativität der Therapeutenstichprobe für die Gesamtheit der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten ab. In die Grundgesamtheit der Stichprobengewinnung wurden deshalb alle in der GwG-Liste (Stand 1979) aufgeführten praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten einbezogen. Eine erste

Anfrage (siehe A 12) an ca. 1/3 der aufgeführten Therapeuten (200 Therapeuten, nach Zufall aus der Liste gezogen, wobei jede Stadt mindestens durch 1 Therapeuten vertreten war) resultierte in einer zu geringen Stichprobe (9 Therapeuten) von in Frage kommenden Therapeuten. (31 Fälle waren unbekannt verzogen, in 125 Fällen erfolgte keinerlei Reaktion, 35 Therapeuten reagierten mit folgenden Begründungen ablehnend: in 11 Fällen waren die Therapeuten aktuell nicht therapeutisch tätig; in 18 Fällen wurde GPT mit Verhaltenstherapie kombiniert, davon in 7 Fällen ergänzt durch verschiedene zusätzliche Methoden; in 6 Fällen lehnten die Therapeuten aus berufsethischen Gründen ab, da sie bereits eigene therapiebegleitende Evaluationen durchführten und eine Überlastung durch zusätzliche Fragebögen befürchteten). Zur Erweiterung der Stichprobe wurden gezielt die dem Untersucher aus Studium, Ausbildung und Berufstätigkeit bekannten und aktuell tätigen Gesprächstherapeuten angeschrieben und um Weitergabe der Anfrage an ihnen bekannte Therapeuten gebeten.

Auf diese Weise ergab sich eine Stichprobe von 29 Therapeuten, die die Kriterien 1.-3. erfüllten. Konstituierend für die resultierende Stichprobe ist also die persönliche Motivierung durch direkte oder vermittelte Bekanntschaft mit dem Untersucher. In bezug auf das Geschlecht unterscheidet sich die Zusammensetzung der so gewonnenen Stichprobe nach Augenschein nicht von der ablehnend reagierenden Therapeutengruppe. (Siehe Abb. III.1.). Eine geringfügige regionale Verteilungstendenz ergibt sich für NRW und Bayern, die mit jeweils 5 Therapeuten vertreten sind, während alle weiteren Bundesländer durch höchstens 3 Therapeuten vertreten sind. Die Therapeuten aus NRW und Bayern hatten jedoch bei verschiedenen Ausbildern ihre Grundausbildung absolviert und nahmen an verschiedenen Supervisionsgruppen teil, so daß die regionale Tendenz nicht mit ausbildungsmäßigen und/oder beruflichen Besonderheiten bzw. Gemeinsamkeiten verbunden ist. Andere bedeutsame Einflüsse durch die regionale Tendenz sind in bezug auf das Therapeutenmerkmal unwahrscheinlich.

Abb. III.1. zeigt die Zusammensetzung der Therapeutenstichprobe in Gegenüberstellung zu den ablehnend reagierenden Therapeuten

	Therapeutenstichprobe: 29	ablehnende Therapeuten: 35
Therapieerfahrung	3/4 Jahre 19 5/6 Jahre 7 7 Jahre 3 Mindestanf. 3J. 29	Keine Angaben zu über die Grundausbildung hinausgehenden berufsprakt. Erfahrungen
aktuelle therapeutische Tätigkeit in GPT	29 Fälle	24 aus 35
Kombination mit therapiefremden Verfahren	0 Fälle	18 Fälle aus 35 VT, davon 7 alle Methoden
Geschlecht	12 weibl. 17 männl.	15 weibl. 20 männl.
Alter	30 J. 3 Fälle 30-35 J. 11 " 35-40 J. 10 " 40 J. 5 "	keine Angaben
Region	NRW 5 Bayern 5 Baden-Württ. 3 Hessen 3 Rheinl. Pfalz 3 alle weiteren 0 - 2	4 3 3 5 4 0 - 2

III.1.2. Auswahl und Zusammensetzung der Klientenstichprobe

Mit der Therapeutenstichprobe ist eine Stichprobe von zwei Klienten pro Therapeut (also insgesamt 58 Klienten) gegeben, die zugleich die Stichprobe für die Erfassung des Klientenmerkmals bilden. Dem theoretischen Gehalt des Merkmals als 'Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten' gemäß wurden nur Fälle primär psychoneurotischer Problematik in die Klientenstichprobe einbezogen; primär psychiatrische Störungen und Fälle soziopathologischen Charakters wurden ausgeschlossen.

Alle der in die Therapeutenstichprobe einbezogenen Therapeuten erheben Selbst- und Fremdeinschätzungsdaten für das Therapeutenmerkmal an jeweils zwei Therapien mit verschiedenen Klienten. Die Therapeuten sind über die Auswahlkriterien informiert und gehalten, die Problematik des jeweiligen Klienten anhand von Problemkategorien (nach Minsel 1970, S. 158 ff) aufzuschlüsseln.

Die relativen Häufungen der verschiedenen Problemkategorien in der Klientenstichprobe gibt Abbildung Nr. III.3. wider. Abbildung Nr. III.2. zeigt die Zusammensetzung der Klientenstichprobe.

Insofern die Problemkategorien 1,2,4 bei allen Klienten als wesentliche Störungen auftreten, und die Kategorie 3 in fast allen Fällen, kann die Problematik seitens der Klienten als relativ homogen betrachtet werden. Inhaltlich fallen die Kategorien 1-4 in den psychoneurotischen Merkmalsbereich; psychiatrische Störungen und sozio-pathologische Störungen spielen in keinem Fall eine wesentliche Rolle.

Abbildung Nr. III.2.: Zusammensetzung der Klientenstichprobe

weiblich	35
männlich	23
Gesamt	58

Abbildung Nr. III.3.: Verteilung der Problemkategorien unter den Klienten

Kategorien	Symptome (Einzelprobleme)	Anzahl der Nennung
1. Allgemeine Unsicherheiten	Mangelndes Selbstvertrauen; Gefühle der Haltlosigkeit; Gefühle der Unselbständigkeit	58
2. Allgemeine Ängste	Angstträume; Ängste vor Verlust; Ängste vor Veränderungen; Ängste davor, sich aufzugeben	58

3. Verstimmungsstörungen	Stimmungsschwankungen; Schwermut; Spannung; Nervosität; Gleichgültigkeit	47
4. Soziale Kontaktstörungen	Kontaktarmut; Einsamkeit; Angst, vor Gruppen zu sprechen; kein Kontakt zum anderen Geschlecht	58
5. Familiäre Probleme	Zu starke Bindung an die Eltern oder an den Partner; Unzufriedenheit mit dem Partner	27
6. Arbeitsstörungen	Konzentrationsmangel; Überbelastung; Leistungsschwäche; keine Ausdauer; Arbeitsunlust; zu große Langsamkeit	18
7. Schwierigkeiten im Beruf	Entschlußlosigkeit; Desinteresse; Versagensangst; Minderwertigkeitsfühle; Unselbständigkeit; Hemmungen	18
8. Sexuelle Schwierigkeiten	Mangelnde Befriedigung; homoerotische Neigungen; Unzufriedenheit mit dem Partner	9
9. Psychosomatische Beschwerden	Magen-Darm-Beschwerden; Herz-Kreislauf-Beschwerden; Schlaflosigkeit; Schwitzen; Erröten; Stottern; Potenzschwierigkeiten	9
10. Psychiatrische Beschwerden	Lebensüberdruß; Zwangsvorstellungen; Wahrnehmungsstörungen; exzessiver Alkoholgenuß; überstarke Aggressionen; Verfolgungsängste	0

nach Minsel 1970, S. 158 ff.

III.1.3. Situationen und Verfahren der Datenerhebung

Zur umfassenden Abbildung der als persönlich bedingte Interaktionstendenz konzipierten therapeutischen Tendenz mit einer emotionalen und einer kognitiven Ausrichtung wurden Daten unter folgenden Bedingungen erhoben:

1. Die Daten wurden als Selbsteinschätzung der jeweiligen Therapeuten und als Fremdeinschätzung durch den an der Therapie beteiligten Klienten erhoben, und zwar durch die parallele Bearbeitung des "Therapienachbefragungsbogens für den Therapeuten" (A2) und des "Therapienachbefragungsbogens für den Klienten" (A3) jeweils unmittelbar im Anschluß an die stattgefundene Gesprächssitzung.
2. Beide Nachbefragungsbögen wurden jeweils durch den Therapeuten respektive Klienten nach mehreren Gesprächssitzungen im Verlauf einer Therapie durchgeführt; als Mindestanforderung je einmal zu Beginn, in der Mitte und gegen Ende der Therapie. Dabei sind das Erst- und das Letztgespräch aufgrund ihres besonderen Charakters ausgeschlossen.
3. Zur Kontrolle der kundenbedingten Einflüsse auf die jeweils realisierte Interaktionstendenz des Therapeuten wurden die Selbst- und Fremdeinschätzungsdaten im Verlauf von mindestens 2 Therapien an zwei verschiedenen Klienten erhoben.
4. Eine weitere Kontrolle des Einflusses der Besonderheit eines Klienten enthält die zusätzliche einmalige Erhebung der therapeutischen Tendenz außerhalb der Therapeut-Klient-Interaktion anhand des Fragebogens "Standardsituationen ...", welcher die Selbsteinschätzung des jeweiligen Therapeuten in bezug auf vorgegebene Verbalisierungsalternativen auf vorgestellte Standardklientenaussagen erfaßt (A1).

Das Klientenmerkmal - die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges - wurde im Rahmen der Fragebogenuntersuchung nach Abschluß der Therapie erhoben, und zwar als einmalige Selbsteinschätzung anhand des "Fragebogens für den Klienten nach abgeschlossener Therapie" (A4), welcher die vom Klienten erlebten Veränderungen in Situationen des täglichen Lebens im vorgestellten Vergleich mit dem Erleben und Verhalten vor der Therapie erfaßt.

III.1.4. Weitere Daten im Rahmen der Fragebogenuntersuchung

Im Rahmen der Fragebogenuntersuchung wird das neue Therapeutenmerkmal daraufhin untersucht, ob die persönliche Tendenz, eher emotional respektive kognitiv auf den Klienten einzugehen, mit der bipolaren Persönlichkeitsdimension Extraversion-Introversion in Beziehung steht. Hierzu wird letztere anhand der einmaligen Beantwortung einer Extraversionsskala außerhalb der therapeutischen Interaktion erfaßt. Diese Skala ist aus den für Extraversion relevanten Items der EPI-Skala (Form A) von Eggert (1971) zusammengestellt (siehe A5).

III.2. Die Untersuchung der Merkmale anhand von Einschätzungen der Therapeuten- respektive Klientenäußerungen

Die Untersuchung des Therapeuten- und des Klientenmerkmals an den dokumentierten Therapiegesprächen konzentriert sich schwerpunktmäßig auf die Untersuchung des Verlaufes der Merkmale in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Therapie. Darüberhinaus werden geprüft:

- a) Zusammenhänge der therapeutischen Tendenz und der Veränderung der Selbst- und Erlebensbezugnahme des Klienten mit anerkannten Merkmalen des Therapieerfolges und
- b) die Beziehung zwischen der Ausrichtung der therapeutischen Tendenz in Richtung 'emotional' respektive 'kognitiv' und dem Erlebensbereich, auf den sich die Veränderung auf seiten des behandelten Klienten bezieht.

III.2.1. Die Therapeutenstichprobe

Das Therapeutenmerkmal wird an zwei verschiedenen Therapeutenstichproben untersucht: Eine Therapeutenstichprobe dient der Erfassung der therapeutischen Tendenz im Therapieverlauf. An einer zweiten Therapeutenstichprobe wird der Einfluß des Wechsels von einem Klienten zum nächsten auf die Therapeutentendenz untersucht. Beide Therapeutenstichproben sind der jeweils untersuchten Fragestellung gemäß aus einer Grundstichprobe von 59 Therapeuten gezogen, von denen dokumentierte Gesprächsausschnitte vorliegen.

Der überwiegende Teil der in die Band-Analyse einbezogenen Gesprächsausschnitte stammt aus einer früheren Untersuchung, die Dr. Eckert im Rahmen seiner Dissertation an der Universität Hamburg durchgeführt hat (vgl. Eckert 1974). ³⁾ Es handelt sich dabei um Therapiegespräche aus den Jahren 1970 bis 1972, also um einen relativ weit zurückliegenden Zeitraum, der bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden muß. Grundlage der Gesprächsstichprobe aus der Un-

tersuchung von Eckert sind alle Therapiekontakte mit den Klienten, die in der Zeit von April 1970 bis Juni 1971 an der "Psychologischen Beratungsstelle II der Universität Hamburg" eine Gesprächspsychotherapie durchführten (vgl. Eckert 1973, S. 17 ff; Schwartz 1975, S. 32 ff). Diese Klienten suchten aus eigener Initiative die Beratungsstelle auf, um sich therapeutisch helfen zu lassen. Der Anteil an Studenten ist geringer als 50 %; ein Überwiegen bestimmter Berufsgruppen liegt nicht vor.

Aus diesen Therapiegesprächen wurden in der Untersuchung von Eckert die jeweils 25 erfolgreichsten respektive die am wenigsten erfolgreichen Therapien zur Untersuchungsstichprobe zusammengestellt, die somit aus zwei Extremgruppen besteht. Die Therapien wurden zum Teil mit nur einem Therapeuten, zum Teil mit Teilnahme eines Co-Therapeuten und/oder mit wechselnden Therapeuten durchgeführt. Insgesamt waren 52 Therapeuten an der Untersuchung beteiligt. 18 der Therapeuten werden beschrieben als Therapeuten mit mehrjähriger Erfahrung in klientenzentrierter Therapie unter ständiger kollegialer Supervision. 34 der Therapeuten hatten eine abgeschlossene Grundausbildung und bis zu 2 Jahren Therapieerfahrung unter kollegialer Supervision. Pro untersuchtem Therapiekontakt wurden jeweils die ersten, mittleren und letzten fünf Gesprächsminuten zu 15minütigen Gesprächsausschnitten zusammengestellt.

Ergänzend zu der Gesprächsstichprobe von Eckert wurden mir weitere 14 vollständig dokumentierte Therapiegespräche von 7 Therapeuten mit je 2 Klienten zur Verfügung gestellt. Es handelt sich um Therapeuten, die zur Zeit meiner Anfrage keine Therapien durchführten, mir jedoch Gesprächsdokumente aus früheren Therapien zur Verfügung stellten.

In bezug auf das Kriterium 'Therapieerfahrung' ist die Mindestenerfahrung der Ergänzungsstichprobe (3 Jahre) höher als die der Stichprobe von Eckert, welche auch weniger erfahrene Therapeuten einschließt mit nur ca. 2 Jahren praktischer therapeutischer Tätigkeit. Da jedoch auch diese eine abgeschlossene Grundausbildung hatten und unter ständiger Supervision in klientenzentrierter Methode arbeiteten, wurde die Erfahrung als ausreichend für die Untersuchungsfragestellung akzeptiert. Die Therapeutenstichprobe von Eckert und die Ergänzungsstichprobe werden daher als eine homogene Stichprobe behandelt. Diese Grundstichprobe dokumentierter Gespräche schließt Therapiedokumentationen in unterschiedlichem Umfang ein:

- Ein Teil der Therapien ist ausschnittsweise im gesamten Verlauf dokumentiert. Aus diesen ist die Verlaufsstichprobe gezogen.

- Ein Teil der Therapeuten ist an 2 oder mehreren Therapien mit verschiedenen Klienten beteiligt, so daß für diese Therapeuten Dokumente von Therapiegesprächen mit zwei verschiedenen Klienten vorliegen, anhand derer der Einfluß des Klienten auf die Merkmale geprüft wird.

Aus dieser Grundstichprobe sind die Therapeutenstichproben der Gesprächsratings gemäß dem jeweiligen Untersuchungsschwerpunkt zusammengestellt.

- a) Die Therapeutenstichprobe für die Verlaufserhebung der therapeutischen Tendenz

Die therapeutische Tendenz mit einer emotionalen und einer kognitiven Ausrichtung wird als überdauernde, zu jedem Therapiezeitpunkt wirksame Personvariable an allen Therapeuten der Gesamtstichprobe untersucht, von denen der Verlauf einer Therapie dokumentiert vorliegt. Pro Therapeut dieser Verlaufsgruppe (Therapeutenstichprobe (An, Mi, En)) liegen mindestens 4 dokumentierte Gesprächskontakte (Bänder) vor: jeweils ein Anfangs-, Mitte-, End-Kontakt sowie ein zusätzlicher 4. Gesprächsausschnitt, der im Rahmen einer varianz-analytischen Überprüfung der Tendenzdaten erforderlich wird (vgl. Kapitel IV, Abschnitt 1).²⁾ Insgesamt erfüllen 30 Therapeuten (23 aus der Untersuchung von Dr. Eckert (1974), sowie die 7 zusätzlichen Therapeuten) dieses Kriterium. Ihre Zusammensetzung ist Abbildung Nr. III.4. zu entnehmen.

Abbildung Nr. III.4.: Zusammensetzung der Therapeutenstichprobe (An, Mi, En)

Geschlecht	männlich	18
	weiblich	12
	Gesamt:	30
Therapieerfahrung	mindestens 2 Jahre	23
	3 - 4 Jahre	7
	Gesamt:	30
Therapiezeitraum	1970 - 1972	23
	1976 - 1978	7
	Gesamt:	30
Kriterium	2 Anfangs-, 1 Mitte- und 1 Endkontakt	30

b) Die Therapeutenstichprobe zur Prüfung des Klientenwechsels

Im Rahmen der Untersuchung der therapeutischen Tendenz als stabile Personkonstante wird auch die Annahme geprüft, daß der realisierte Interaktionsstil des Therapeuten nur durch eine persönliche Neigung und nicht durch die Reaktionen (Äußerungen) des Klienten bestimmt ist, also durch den Wechsel von einem beliebigen Klienten X zu einem zweiten Klienten Y - wie er in der realen Praxis ständig passiert - nicht merklich beeinflußt wird.

Dieser Aspekt der Stabilität und Personspezifität der therapeutischen Tendenz wird an allen Therapeuten untersucht, von denen Gesprächsdokumente aus zwei Therapien mit zwei verschiedenen Klienten vorliegen. Sie bilden die Therapeutenstichprobe (K1 X/K1 Y). Von deren Therapeuten liegen mindestens je 3 dokumentierte Therapiekontakte vor: Jeweils 1 Gesprächsausschnitt von einem ersten Klienten K1 X und einem zweiten Klienten K1 Y, sowie ein zusätzlicher Gesprächsausschnitt aus der Therapie mit dem ersten Klienten, der für die in Kapitel IV diskutierte Verarbeitung der Tendenzdaten erforderlich wird.

Die Kennzeichnung der Klienten als K1 X und K1 Y soll zum Ausdruck bringen, daß außer der Verschiedenheit, wie sie in der realen Praxis zwischen zwei Klienten besteht, keine weiteren Bestimmungen für die Auswahl der Klienten geltend gemacht werden. Von den 29 Therapeuten der Gruppe (K1 X/K1 Y) entstammen 22 der Untersuchung von Eckert (1974), dazu kommen die 7 zusätzlichen Therapeuten. Ihre Zusammensetzung gibt Abbildung III.5. wider.

Abbildung III.5.: Zusammensetzung Therapeutengruppe (K1 X/K1Y)

Geschlecht	männlich	18
	weiblich	11
Gesamt:		29
Therapieerfahrung	mindestens 2 Jahre	22
	3 - 4 Jahre	7
Gesamt:		29
Therapiezeitraum	1970 - 1972	22
	1976 - 1978	7
Gesamt:		29
Kriterium	2 Kontakte mit K1 X,	29
	1 Kontakt mit K1 Y	

III,2.2. Die Klientenstichprobe

Zur Untersuchung des Verlaufs des Klientenmerkmals wird eine Klientenstichprobe nach folgenden Kriterien zusammengestellt:

- a) Die Klienten leiden vorwiegend an psychoneurotischen Störungen; psychiatrische und psychopathische Problematik spielt keine merkliche Rolle.
Laut Angaben waren die Hauptprobleme der Klienten (Vgl. Schwartz 1975, S. 32):
 - Kommunikations- und Kontaktstörungen,
 - Arbeits- und Lernstörungen,
 - Psychomatische Beschwerden,
 - allgemein psychoneurotische Beeinträchtigungen (Ängste, Selbstwertproblematik usw.).
- b) Es liegt mindestens ein anfänglicher, ein mittlerer und ein End-Kontakt der Therapie dokumentiert vor. (Erst- und Letztgespräche wurden wegen ihres besonderen Charakters ausgeschlossen).
- c) Für die Klienten liegen Maße des Therapieerfolges vor.
Es handelt sich dabei um die von Eckert durchgeführte Operationalisierung von Therapieerfolg durch Extremgruppenbildung.

Die Extremgruppenbildung beruht auf einer Vielzahl von anerkannten normativen und subjektiven Erfolgskriterien, die zur Bildung einer Extremgruppe erfolgreicher Therapien und einer Extremgruppe nicht erfolgreicher Therapien herangezogen wurden. Grundlage für die Aufteilung der Therapien

nach den Extremgruppen 'gebesserte' Klienten versus 'nicht gebesserte' war der Zusammenhang einer Reihe von Prä-Post-Maßen, die sich in anderen Untersuchungen als bedeutsam für Therapieerfolg erwiesen hatten und die sowohl normative als auch subjektive Kriterien einschließen.

- a) unter normativen Gesichtspunkten gehen folgende Skalen ein: Neurotizismus und Extraversion aus dem EPI
Psychasthenie aus dem MMPI

Auf diesen Skalen konnte in vorhergehenden Therapieerfolgsstudien eine deutliche Steigerung infolge der klientenzentrierten Therapie nachgewiesen werden (Vgl. Bommert et al 1972: Extraversion, Minsel et al 1971: Extraversion und Neurotizismus u.a.).

- b) Zur Erfassung der subjektiv erlebten Therapieerfolgsdimension gehen ausgewählte Items des Strupp-Fragebogens (Vgl. Strupp et al 1964) in die Extremgruppenbildung ein:
Item 3: die subjektive Zufriedenheit mit der Therapie
Item 4: das Bedürfnis nach weiterer Therapie
Item 8: die subjektiv erlebte Stärke der Veränderung
Item 12: das allgemeine Zurechtkommen nach der Therapie.

Ausgehend von diesen normativen und subjektiven Erfolgsmaßen sind die 25 Klienten mit den jeweils höchsten Werten zu einer Gruppe E+ (sehr erfolgreich), die 25 Klienten mit den geringsten bzw. mit negativen Veränderungen zu einer Gruppe E- (nicht erfolgreich) zusammengestellt.

Jeder Klient der Klientenstichprobe hat damit das Erfolgsmaß, Angehöriger der Erfolgsgruppe oder Angehöriger der Mißerfolgsgruppe zu sein. Abbildung III.6. gibt die Zusammensetzung der 23 Klienten nach Geschlecht und Erfolgszugehörigkeit wider.

Abbildung Nr. III.6.: Zusammensetzung der Klientenstichprobe

	Erfolg	Mißerfolg	Gesamt
männlich	7	7	14
weiblich	5	4	9
Gesamt	12	11	

III.2.3. Die Erhebung der Rating-Daten

Die Erhebung der Rating-Daten erfolgt durch die Rater, die in einer intensiven und kontinuierlichen Schulung für die Beurteilung des Therapeuten- respektive Klientenmerkmals qualifiziert sind (vgl. Kapitel II.2.5.). Gemäß den im freien Verfahren beim Beurteilungstraining festgestellten Beobachtungseinheiten beurteilen die 5 für die therapeutische Tendenz geschulten Rater jede Verbalisierung anhand der Ratingskala nach der Ausrichtung emotional versus kognitiv in der Ausprägung 1 oder 2. Für ausgeglichene Verbalisierung steht eine 0 - Stufe zur Verfügung. Nicht-inhaltliche Äußerungen bleiben unberücksichtigt, Nicht-Verbalisierungen (Anweisungen, Fragen) werden einer globalen Kategorie "Nicht-Verbalisierung" (N-V) zugeordnet (Faktisch kamen sie sehr selten vor - 0 bis 3 Mal pro Gespräch. Sie wurden nicht in die Datenverarbeitung einbezogen).

Die Rater des Klientenmerkmals nehmen nach den ersten fünf Gesprächsminuten eine Beurteilung vor, der 2. und 3. 5-Minuten-Ausschnitt hingegen wird jeweils zweimal eingestuft (vgl. Abschnitt II.2.5. Zur Festlegung der Beobachtungseinheiten). Von den insgesamt 10 Ratern des Klientenmerkmals sind 5 Rater instruiert, nur auf Klientenäußerungen über den gefühlsmäßigen Erlebensbereich zu achten, 5 Rater konzentrieren sich ausschließlich auf Aussagen des Klienten zu kognitiven Erlebensmomenten. Jeder Rater beurteilt die gesamte Stichprobe daraufhin, ob die Klientenaussagen stärker zum negativen (-1,-2) oder zum positiven (+1,+2) des Veränderungsmerkmals tendieren. Nicht entscheidbare Klientenäußerungen werden einer 0-Kategorie zugeordnet.

Die äußeren Bedingungen der Rating-Prozedur sind so gestaltet, daß äußere und/oder subjektive Urteilsdeterminanten außer dem Merkmalskonzept möglichst minimiert werden.

1. Fehler aufgrund nachlassender Konzentration der Rater sind dadurch unter Kontrolle gehalten, daß a) die Rater alleine oder in kleinsten Gruppen von 2-3 Personen in einem absolut ruhigen Raum und b) nach den jeweils individuellen Zeit- und Konzentrationsbedingungen arbeiten.
2. Systematische Einflüsse auf die Ratings durch die Aufeinanderfolge der beurteilten Gespräche (Serien-Fehler) werden durch die rein zufällige Reihenfolge der Bänder minimiert; gebesserte und nicht-gebesserte Therapien folgten ebenso unsystematisch aufeinander, wie An-, Mi- und En-Kontakte. Die Rater erhielten über die einzuschätzenden Bänder keine andere Information als die Code-Nummern.

Etwaige Fehler durch die serielle Abhängigkeit der einzelnen Urteile innerhalb eines zusammenhängenden Gesprächsausschnittes sind prinzipiell mit einer Unterteilung in kleinere Beobachtungseinheiten verbunden und durch die Reihung nicht auszuschließen.

3. Fehler aufgrund einer Veränderung des Merkmalskonzeptes und/oder der Handhabung der Skalenstufen auf Seiten der Rater sind durch kontinuierliche Zwischentrainings ausgeschaltet:
 - a) Vor jedem Rating wurden die Rater darauf hingewiesen, den Spielraum der Skalen möglichst voll auszuschöpfen und auf Gleichabständigkeit zu achten.
 - b) Die Gefahr der Veränderung des Merkmalskonzeptes mit dem zeitlichen Abstand zur Raterschulung wurde dadurch verringert, daß im Abstand von längstens einer Woche Urteile der Rater mit dem Expertenurteil zu demselben Gesprächsausschnitt verglichen und Diskrepanzen diskutiert wurden.

Im Prinzip entspricht dies den "Zwischentrainings" der Rater während des Ratings, die Kent u. Forster (1977), Baumann (1974) und Schaller (1980) von Zeit zu Zeit empfehlen, um "Veränderungen in den Zuweisungsregeln" (Schaller 1980, S. 143) zu identifizieren und korrigieren.

Nach der Durchführung des Ratings liegen von jeder Gesprächsstichprobe jeweils 5 Einstufungen des Therapeutenmerkmals, des Klientenmerkmals bezogen auf emotionales Erleben und des Klientenmerkmals bezogen auf kognitives Erleben von jeweils 5 verschiedenen Ratern vor. In die anschließende statistische Analyse einbezogen werden die Bewertungen, die von der Mehrzahl der Rater übereinstimmend gewählt wurden.

Dadurch können ggf. nachträglich diskrepante Urteile aussortiert und kontrolliert werden, was bei einer bloßen Durchschnittsbildung aus den 5 Beurteilungen nicht mehr möglich ist. Die Beurteilungsmehrheit von mindestens drei übereinstimmenden Einstufungen stellte sich bei jeder Beobachtungseinheit heraus (vgl. dazu auch Phillip-Dromston 1979, die dasselbe Verfahren verwendete).

In bezug auf das Klientenmerkmal ist die Anzahl von Bewertungen pro Gesprächsausschnitt durch die Beobachtungseinheit festgelegt auf fünf Ratings pro 3 x 5 Gesprächsminuten.

In bezug auf das Therapeutenmerkmal variiert die Anzahl der Einstufungen je nach Verbalisierungshäufigkeit. In jedem Fall liegen jedoch mindestens 15 Verbalisierungen bzw. Einschätzungen vor, so daß die mehrheitlichen Beurteilungen der ersten 15 Verbalisierungen jeder 3 x 5minütigen Gesprächsstichprobe in die Analyse einbezogen werden.

III.2.4. Zusammenfassung und tabellarische Übersicht über das Untersuchungsdesign

Aus der Anlage und Durchführung der Untersuchung des Therapeuten- und des Klientenmerkmals ist in Hinblick auf Relevanz der Untersuchungsbefunde (siehe Kapitel IV) folgendes festzuhalten:

1. Die in die Untersuchung einbezogenen Therapeuten- und Klientenstichproben sind in jedem Fall Teil der Population praktizierender Gesprächspsychotherapeuten und derjenigen Klienten, die aus eigenem Willen die Psychotherapie durchführen. Quasi-Therapeuten und Quasi-Klienten sind an keiner der verschiedenen Stichproben beteiligt. Dies ist von ausschlaggebender Bedeutung in bezug auf Generalisierbarkeit und damit auf die praktische Relevanz der Befunde.
2. Die Therapeutenstichprobe entstammt der Population von Gesprächspsychotherapeuten, die über ein gewisses Maß an Therapieerfahrung verfügen - als Minimum über eine abgeschlossene Grundausbildung und 3 Jahre (Fragebogenuntersuchung) respektive 2 Jahre (Band-Rating) therapeutische Erfahrung. Auf diese Weise kann die therapeutische Tendenz als persönlich bedingte Interaktionstendenz untersucht werden, die sich im Laufe der klientenzentrierten Praxis durchsetzt - was insbesondere für die von den offiziellen Anweisungen abweichende kognitiv orientierte Tendenz wesentlich ist.
3. Das Therapeutenmerkmal und das Klientenmerkmal werden jeweils mindestens einmal anhand von Selbsteinschätzungen, Fremdeinschätzungen (Fragebögen) und anhand von Beurteilungen objektivierter Gesprächsstichproben durch neutrale Rater erfaßt. Dies ermöglicht eine umfassende Untersuchung der Merkmale von verschiedenen Gesichtspunkten. Darüberhinaus werden so die Schwächen der jeweils einen Methode durch die Stärken der anderen Methoden kompensiert und kontrolliert.
4. Das Therapeutenmerkmal und das Klientenmerkmal werden im Therapieverlauf - repräsentiert durch mindestens einen Anfang-, Mitte- und Endkontakt aus einer Therapie - er-

faßt, und zwar bei jeder der drei Erhebungsmethoden (Selbst-, Fremdeinschätzung und Rating). Die Merkmale können so in ihrem Verlauf untersucht werden.

5. Das Klientenmerkmal und das Therapeutenmerkmal werden jeweils anhand einer Erhebungsmethode in einer außertherapeutischen Situation erfaßt. In bezug auf das Therapeutenmerkmal erlaubt dies die Prüfung der persönlich bedingten - vom konkreten therapeutischen Interaktionsgeschehen unabhängigen - Reaktionstendenz. In bezug auf das Klientenmerkmal können so Hinweise auf den langzeitigen Charakter der untersuchten Veränderungsdimension gewonnen werden.
6. Das Therapeutenmerkmal wird - anhand aller drei Erhebungsmethoden - jeweils in zwei verschiedenen Therapien mit zwei verschiedenen Klienten erfaßt, sodaß der Einfluß eines Klientenwechsels auf das Merkmal kontrollierbar ist.
7. Die untersuchten Therapie-Gesprächsdokumente sind nach dem Kriterium 'erfolgreich' versus 'nicht-erfolgreich' aufgeteilt. Das Therapeutenmerkmal und das Klientenmerkmal können so in ihrer Beziehung zum Therapieerfolg untersucht werden.

Abbildung Nr. III.7.: Zusammenfassende Übersicht über das Design

Fragestellung	Stichprobe	Datenerhebung	Zusätzliche Information
1. Untersuchung der therapeutischen Tendenz mit den Ausrichtungen emotional und kognitiv: Polarität und Tendenz in Abhängigkeit vom Therapiezeitpunkt/vom Klienten	1.1. praktizierende Therapeuten Ges.: 29 m : 17 w : 12 1.2.2 Klienten pro Therapeut Ges.: 58 m : 35 w : 23 1.3. Gesprächsstichprobe Verlaufsgruppe: Ges.: 30 m : 18 w : 12 Gruppe KIX/KIY : Ges.: 29 m : 18 w : 11 Siehe 1.	Selbsteinschätzung durch Fragebögen: 1. außerhalb der Therapie - 1 Mal 2. im Anschluß an die Therapie: 3 Mal mit Kl.X, 3 Mal mit Kl.Y (A,M,E) Fremdeinschätzung durch Fragebögen im Anschluß an die Therapie: 3 Mal A-, M-, E-Kontakt Rating der Therapieäußerungen A-, M-, E-Kontakt und 1 zusätzlich Rating d. Therapieäußerungen 2 Mal KIX, 1 Mal KIY Selbsteinschätzung außerhalb der Therapie anhand der E-Skala des EPI 3.1. Selbsteinschätzung durch Fragebögen nach abgeschlossener Therapie, 1 Mal 3.2. Rating von Kl.äußerungen auf Band, A-, M-, E-Kontak siehe 3.1. und 3.2.	Mindestenerfahrung 3 Jahre GPT ohne Kombination mit 'fremden' Methoden vorwiegend psychoneurotische Problematik Grundstichprobe: 52 Therapeuten der Untersuchung von Eckert, 2 Jahre Therapieerfahrung s.o. 1.3. Siehe 1. nicht statistisch gesicherte empirische Hinweise Prüfung des Zusammenhanges mit Therapieerfolg
2. Untersuchung des Zusammenhanges zwischen therapeutischer Tendenz u. Extraversion			
3. Untersuchung des Veränderungsmerkmals beim Klienten 3.1. nach abgeschlossener Ther. 3.2. im Therapieverlauf	3.1. 3.2. Ges.: 58 Ges.: 23 m : 35 m : 14 w : 23 w : 9		
4. Zusammenhang zwischen Klientenmerkmal und therapeutischer Tendenz	siehe 1.3. und 3.2.		
5. Zusammenhang zwischen Klientenmerkmal und Therapieerfolg	siehe 3.2.	Klientenmerkmal siehe 3.2. Therapieerfolg: Extremgruppen	Extremgruppen (E+, E-) aus der Untersuchung von Eckert

Anmerkungen III.

- 1) In der Regel stellt die Zusatzausbildung eine therapeutische Berufstätigkeit unter Supervision dar.
- 2) Die Tendenzdaten werden varianzanalytisch verarbeitet. Zur Herstellung eines Faktors Therapeut (Typ E(emotional) Typ K(kognitiv)) muß eine Tendenzdatenstichprobe herangezogen werden, die nicht in die varianzanalytische Untersuchung der verschiedenen Tendenzdaten eingeht.
- 3) Dr. Eckert erklärte sich bereit, mir das gesamte Bandmaterial zur Verfügung zu stellen. Auf die identische Gesprächsstichprobe greifen des weiteren die Untersuchung von Dr. Schwartz (1975) im Rahmen seiner Dissertation u.a. Arbeiten zurück.
- 4) Die 4 Strupp-Items wurden zusammen mit den Veränderungswerten auf den drei Fragebögen einer Faktorenanalyse unterzogen, die einen einzige relevanten Faktor ergab, auf dem alle in die Analyse einbezogenen Merkmale - bis auf Extraversion - ihre höchste Ladung haben. Ferner trägt dieser Faktor einen Anteil von 46 % zur Erklärung der totalen Varianz bei; er wird von Eckert als "Faktor allgemeiner psychotherapeutischer Wirksamkeit" bezeichnet. Für die Klienten der Erhebungsstichprobe wurden ihre Faktorenwerte auf diesem Faktor als Personparameter berechnet, und die jeweiligen Meßwerte wurden als Maß für die allgemeinen psychotherapeutischen Effekte interpretiert. Die jeweils 25 Klienten mit den höchsten respektive niedrigsten Ladungen auf dem allgemeinen Faktor wurden zur E+ - respektive E- Gruppe zusammengestellt. Erstere verzeichneten nur Veränderungen in positiver Richtung, letztere hatten keine oder negative Veränderungen gemessen an den Prä-Post-Werten.

IV. Die Untersuchungsbefunde

IV.O. Überblick über das Kapitel

In Kapitel IV werden, ausgehend von einer kurzen Rekapitulation der einzelnen Fragestellungen zur therapeutischen Tendenz und zur Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten (Klientenmerkmal), wie sie aus der theoretischen Analyse folgten, die Befunde der Untersuchung umfassend und abschließend dargestellt und diskutiert:

Orientiert am Inhalt der jeweiligen Untersuchungsbestandteile werden die Ergebnisse zur Therapietendenz (Abschnitt IV.2.) zum Klientenmerkmal (Abschnitt IV.3.) und zum Zusammenhang der Merkmale mit 'Therapieerfolg' (Abschnitt IV.4.) jeweils getrennt diskutiert, während die Datenart (subjektive Selbst- und Fremdeinschätzungen respektive Verhaltens-Ratings) keine Rolle für den Ablauf der Ergebnisdiskussion spielt.

Die Diskussion der therapeutischen Tendenz geht aus von der Darstellung und Erläuterung der Untersuchungshypothesen (Abschnitt IV.2.1.) und einer Diskussion der Vorteile varianzanalytischer Datenverarbeitung zur Prüfung der therapeutischen Tendenz als Personkonstante, die der realisierten Interaktion in bezug auf Emotionalität respektive Kognitivität zugrundeliegt (Abschnitt IV.2.2.1). Daran anschließend wird die Bildung und Zusammensetzung einer emotional vorgehenden (Typ E) und einer kognitiv-orientierten (Typ K) Therapeutengruppe dargestellt (Abschnitt IV.2.2.2). Diese Aufteilung ermöglicht die Untersuchung des Einflusses der Tendenz eines Therapeuten, eher emotional versus stärker kognitiv zu interagieren, am Einfluß des Person-Faktors Typ (E resp. K) auf die gesamte Datenvarianz, und zwar im Vergleich zum Einfluß folgender Faktoren: Klient (X respektive Y), Therapiezeitpunkt (An, Mi, En), Beurteiler (Therapeut respektive Klient), und zum Zusammenwirken aller Faktoren

(Abschnitt IV.2.4.2. - IV.2.4.5.). In Abschnitt IV.2.4.6. und IV.2.4.7. werden darüberhinaus der Zusammenhang zwischen Typ (E respektive K) und der Persönlichkeitsdimension Extraversion sowie etwaige Parallelen zwischen therapeutischer Tendenz und dem Klientenmerkmal in Bezug auf Emotionalität respektive Kognitivität geprüft. Die metrischen Voraussetzungen der Untersuchungsverfahren diskutiert Abschn. IV.2.3. Die Befunde zum Klientenmerkmal - d.i. zur Reflexivität des Erlebensbezuges und Selbstkontrolle als immanentes Resultat des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration - sind Gegenstand des Abschnittes IV.3. Die Veränderungsdimension wird sowohl als Langzeitwirkung klientenzentrierter Therapie diskutiert (Abschnitt IV.3.1.), als auch hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für das unmittelbare Geschehen und die Veränderungen innerhalb der Interaktion selbst (Abschnitt IV.3.2.).

Das Verhältnis der therapeutischen Tendenz (E respektive K) und der Veränderung auf Seiten des Klienten zu anderen Therapieerfolgskriterien behandelt Abschnitt IV.4. Von Interesse sind dabei insbesondere Differenzen zwischen dem Niveau der Veränderungen und ihrem Verlauf in bezug auf ihren Zusammenhang mit Therapieerfolg (Abschnitt IV.4.1.1. und IV.4.1.2.).

IV.1. Die Fragestellungen der Untersuchung

Die das theoretische Modell abschließenden empirischen Fragestellungen (Vgl. Teil A, Abschnitt II.3.9.) werden dem Untersuchungsdesign gemäß anhand der Verhaltens-Daten und anhand der subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen untersucht.

Inhaltlich liegt der Schwerpunkt der Untersuchung anhand von Selbst- und Fremdeinschätzungsdaten in erster Linie auf der

Abklärung der therapeutischen Tendenz, welche folgende Fragestellungen verfolgt:

- a) ob sich praktizierende Gesprächspsychotherapeuten danach unterscheiden lassen, vorwiegend gefühlszentriert oder eher kognitiv zu interagieren,
- b) wieweit diese therapeutische Interaktionspräferenz einem relativ stabilen persönlich bedingten Reaktionsstil geschuldet ist, beziehungsweise
- c) wieweit der Zeitpunkt der Therapie und
- d) der jeweils behandelte Klient Einfluß auf die Realisierung der therapeutischen Tendenz haben, sowie
- e) wieweit zwischen der therapeutischen Tendenz, wie sie vom Therapeuten selbst erlebt wird, und dem Fremderleben, das beim Interaktionspartner (Klient) hervorgerufen wird, Übereinstimmung herrscht.
- f) Darüber hinaus wird untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der persönlichen Interaktionstendenz und der Persönlichkeitsdimension Extraversion-Introversion (nach Eysenck) besteht.

Für das Klientenmerkmal werden im Rahmen der Fragebogenuntersuchung vorläufige Hinweise aus den Einschätzungen der erlebten Veränderungen durch den Klienten selbst nach abgeschlossener Therapie gewonnen.

Im Rahmen des Rating der dokumentierten Gesprächsstichproben durch Außenstehende werden gleichermaßen Daten zum Therapeutenmerkmal und zur Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten erhoben und analysiert. Es werden also sowohl die Fragestellungen zur therapeutischen Tendenz empirisch abgeklärt, als auch die das Klientenmerkmal betreffenden Fragestellungen:

- a) ob es sich bei der angenommenen Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten um einen systematischen

Anstieg vom negativen Pol des Klientenmerkmals zum positiven Pol handelt, der durch die Anzahl der Therapiegespräche hervorgerufen ist;

- b) in welchem Zusammenhang der Anstieg zum positiven Merkmalspol mit anderen anerkannten Therapieerfolgskriterien steht und
- c) welcher Zusammenhang zwischen der Veränderung und der vom Therapeuten jeweils realisierten Interaktionstendenz besteht.

Festlegung der Signifikanzgrenzen: Es handelt sich bei den untersuchten Merkmalen um neue und inhaltlich komplexe Person- und Prozeßmerkmale, die mit neu konstruierten und bisher unerprobten Datenerhebungsinstrumenten untersucht werden. Es wird daher die in der GPT-Forschung in der Regel geforderte Grenze: bei $p \leq 0.01$ gilt ein Zusammenhang als sehr signifikant, bei $0.01 \leq p \leq 0.05$ gilt das Ergebnis als signifikant, übernommen und darüberhinaus bei einem p zwischen 0.05 und 0.10 ein trendartig bedeutsamer Zusammenhang angenommen.

Den Hypothesen gemäß wird in jedem Fall der zweiseitige Signifikanztest hinzugezogen.

Abbildung Nr. IV.1. soll vor der Auseinandersetzung mit den einzelnen Untersuchungsbefunden einen Überblick über die Untersuchungshypothesen und die jeweils eingesetzten Verfahren der Hypothesenprüfung geben.

Untersuchungshypothesen

1. Klientenzentriertes Vorgehen läßt sich nach der persönlichen Tendenz des Therapeuten unterscheiden, eher emotional (Typ E) oder eher kognitiv (Typ K) zu reagieren.
2. Die realisierte therapeutische Tendenz im Selbstberleben des Therapeuten und das Fremderleben, das sie auf Seiten des Interaktionspartners (Kl.) auslöst, stimmen im wesentlichen überein.
3. Die therapeutische Tendenz ist eine relativ stabile Personkonstante. Der Zeitpunkt der Therapie hat keinen bedeutsamen Einfluß auf die realisierte Tendenz
4. Ein Wechsel von einem Kl. X zu einem anderen Kl. Y hat keinen bedeutsamen Einfluß auf die realisierte therapeutische Tendenz.
5. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der persönlichen Tendenz (Typ E respektive K) des jeweiligen Therapeuten und seinem Extraversionsswert.
6. Das Klientenmerkmal steigt zwischen An- und Mi-Kontakten, Mi- und End-Kontakten systematische vom negativen zum positiven Pol an.
7. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Klientenmerkmal (Niveau und Verlauf) und anderen Gesprächstherapieerfolgskriterien.
8. Das Klientenmerkmal ist auch langfristig außerhalb der Therapie wirksam.
9. Es gibt Parallelen zwischen der Ausrichtung der Tendenz des jeweiligen Therapeuten und dem Klientenmerkmal beim behandelten Klienten.

Prüfverfahren

- Varianzanalytische Prüfung des Einflusses des Faktors Typ (E respektive K) auf die Varianz der Fragebogendaten und der Rating-Daten in allen Situationen.
- Varianzanalytische Prüfung des Einflusses des Faktors Beurteiler mit der Ausprägung Therapeut respektive Klient auf die Varianz der Fragebogendaten.
- Varianzanalytische Untersuchung des Einflusses des Faktors Zeitpunkt (An, Mi, En) auf die Varianz der Fragebogendaten und der Rating-Daten der Gruppe (An, Mi, En)
- Varianzanalytische Prüfung des Einflusses des Faktors Klient (X respektive Y) auf die Datenvarianz (Fragebogendaten) bzw. Prüfung der durch den Klientenwechsel erzeugten zusätzlichen Varianz der Tendenzdaten der Rating-Gruppe (Kl. X; Kl. Y).
- Rangkorrelation zwischen dem Rang des jeweiligen Therapeuten auf der Tendenzausprägung Typ K und seinem Rang auf der Extraversionsskala (anhand der Fragebogendaten).
- Prüfung der Differenzen der Merkmalsmittelwerte zwischen Mi- und An-Kontakten, En- und Mi-Kontakten sowie En- und An-Kontakten (anhand der Rating-Daten, t-Teste).
- Vergleich der Merkmalsausprägung in An-, Mi- und En-Kontakten bei der Erfolgsgruppe mit den entsprechenden Werten bei der Mißerfolgsgruppe (Rating-Daten, t-Teste).
- Augenscheinliche Hinweise aus dem Fragebogen nach abgeschlossener Therapie.
- Mittelwertvergleiche (t-Teste) bei allen Kombinationen von Typ (E respektive K) und Erlebensbereichen auf Seiten des Klienten (emotional respektive kognitiv).

IV.2. Die therapeutische Tendenz mit den Polen emotional (E) und kognitiv (K)

IV.2.1. Ausgangspunkt und Untersuchungsannahmen

Das in Teil A abgeleitete theoretische Modell der klientenzentrierten Interaktion begründet neben der traditionellen, gefühlszentrierten, eine eher kognitiv geprägte alternative Realisierung des GPT-Grundsettings. Nach diesem Modell schließt die Unterscheidung in eine kognitive und in eine emotionale gesprächspsychotherapeutische Interaktionstendenz jeweils eine Differenz in bezug auf die therapeutische Haltung und eine parallele Differenz in bezug auf den Inhalt der jeweiligen Verbalisierungen ein: Auf der einen Seite steht das primär g e f ü h l s m ä ß i g e empathische Bemühen des Therapeuten, unter Zuhilfenahme der Äußerungen des Klienten dessen emotionales Erleben mitzu f ü h l e n (empathische Haltung) und die erspürten G e f ü h l e verbalisierend aufzugreifen (Inhalt der Verbalisierungen). Diesem gefühlszentrierten Vorgehen wird ein alternatives, primär k o g n i t i v - v o r s t e l l u n g s m ä ß i g e s Bemühen gegenübergestellt, sich in die Situation des Klienten und seine kognitiven Reaktionen darauf hineinzusetzen (empathische Haltung) und diese k o g n i t i v e n E r l e b e n s m o m e n t e zu verbalisieren (Inhalt der Verbalisierungen). Grundlage der jeweiligen Vorgehensweise eines Therapeuten im Therapiesgespräch ist, dem Modell gemäß, seine persönlich bedingte Neigung, eher emotional respektive kognitiv auf den Interaktionspartner einzugehen. Diese persönlichkeitspezifische Reaktionsneigung wird im folgenden mit Typ E (emotionaler Reaktionstyp) respektive Typ K (kognitiver Reaktionstyp) gekennzeichnet.

Die verschiedenen Operationalisierungen (Fragebögen, Rating-Kategorien) erfassen die Richtung und Ausprägung der therapeutischen Tendenz anhand der relativen Häufigkeit von Verbalisierungen bzw. Selbst- und Fremdeinschätzungen mit kognitiven respektive emotionalen Inhalten. Je nachdem, welche Inhalte bei einer gegebenen Skala überwiegen, steht das Maß für entweder ein stärker gefühlswegorientiertes Vorgehen des Therapeuten oder für eine vorwiegend kognitiv geprägte Interaktion. Die Summe der verschiedenen Maße bildet die Interaktionstendenz unter verschiedenen Aspekten als tendenziellen Reaktionsmodus des jeweiligen Therapeuten ab.

Im Vordergrund der nachfolgenden Diskussion stehen die empirischen Befunde zur Diskriminierbarkeit der beiden Therapeuten-Gruppen, zur Stabilität der therapeutischen Tendenz in den verschiedenen Gesprächssituationen und zum Zusammenhang zwischen der vom Therapeuten selbst erfahrenen Interaktionstendenz und dem Erleben, das sie auf Seiten des Klienten auslöst. Im einzelnen werden die folgenden Hypothesen abgeklärt:

1. Therapeuten der persönlichen Reaktionstendenz Typ E (respektive Typ K) realisieren in den therapeutischen Gesprächen bedeutsam mehr emotionale (respektive kognitive) klientenzentrierte Interaktionen im Vergleich zu den Therapeuten des persönlichen Interaktions-Typ K (respektive E).

Erläuterung: Annahme 1 beinhaltet, daß der personspezifische Typ des Therapeuten (Typ E respektive Typ K) alle Therapiegespräche in Hinblick auf Emotionalität versus Kognitivität bestimmt, und daß die Unterscheidung in die beiden Therapeuten-Typen nicht bloß zufällige individuelle Variationen erfaßt, sondern eine persönlich bedingte, systematische Interaktionsdifferenz.

2. Die jeweils realisierte therapeutische Tendenz (emotional respektive kognitiv) wird vom Therapeuten selbst und von seinem Interaktionspartner (Klient) übereinstimmend erlebt.

Erläuterung: Annahme 2 kontrolliert die Möglichkeit, daß die therapeutische Tendenz nicht übereinstimmend von bei-

den Interaktionspartnern erlebt wird. Denkbar wäre beispielsweise, daß die therapeutische Tendenz nur vom Therapeuten selbst erlebbar ist, für den Klienten jedoch keine Wirklichkeit (und damit Wirksamkeit) besitzt; oder daß sie dem Therapeuten selbst unbemerkt bleibt, weil er eine bestimmte Vorstellung von seinem Vorgehen hat, während sie vom Klienten als unterscheidbare Reaktions-tendenz erfahren wird.

3. Die jeweiligen Tendenzwerte der Therapeuten des Typ E respektive Typ K repräsentieren eine Persönlichkeitskonstante, die über den Verlauf der Therapie zwischen Anfangs-, Mitte- und Endkontakten stabil bleibt.
4. Die jeweiligen Tendenzwerte der Therapeuten des Typ E respektive Typ K repräsentieren eine Persönlichkeitskonstante, die beim Wechsel von einem ersten Klienten (Kl. X) zu einem zweiten Klienten (Kl.Y) stabil bleibt.

Erläuterung: Die Annahmen 3 und 4 verbinden die Untersuchung der S t a b i l i t ä t der therapeutischen Tendenz als Ausdruck einer Personkonstante (Typ E respektive Typ K) mit der Kontrolle anderer Einflußfaktoren, die die realisierte Interaktion bestimmen könnten: denkbar und von einigen theoretischen Ansätzen auch favorisiert ist die alternative Möglichkeit, daß nicht oder nicht in erster Linie die Personkonstante Typ E respektive Typ K für die realisierte Interaktion verantwortlich ist, sondern der Zeitpunkt der Therapie; etwa im Sinne des Vordringens vom kognitiven Erleben zu den als 'tiefer' und 'eigentlicher' behaupteten emotionalen Erlebensgehalten mit fortschreitender Therapie. In diesem Fall würden die realisierten Tendenzwerte im Verlauf der Therapie einen Anstieg in Richtung Typ E erfahren. Eine weitere, von der Konzeption der klientenzentrierten GPT her naheliegende Möglichkeit wäre, daß die jeweils realisierte Interaktionstendenz (emotional respektive kognitiv) nicht von der Person des Therapeuten, sondern von der Individualität und Problematik des Klienten bestimmt ist. In diesem Fall wäre zu erwarten, daß der Wechsel von einem Klienten X zu einem anderen Klienten Y eine Veränderung in der Typ-Zugehörigkeit der Therapeuten mit sich bringen würde. Im Gegensatz zu dieser Auffassung der Klientenzentriertheit nimmt Hypothese 4 an, daß sich durch allseitige Klientenwechsel die Gruppenaufteilung nicht ändert, daß also die Therapeuten ihrem Typ-Sein bei verschiedenen Klienten 'treu bleiben'.

Eine Prüfung der Korrelation zwischen den Tendenzwerten bei Klient X und bei Klient Y zeigt darüberhinaus, ob aus den Tendenzwerten bei einem Klienten X auf die Ausprägung der Tendenz bei einem anderen Klienten Y geschlossen werden kann.

5. Die Therapeuten des Typ K haben höhere Extraversionswerte als die Therapeuten des Typ E.
6. Die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges bei Klienten der Therapeuten vom Typ E vollzieht sich in höherem Ausmaß im emotionalen Erlebensbereich, bei den Klienten der Typ K-Therapeuten vollzieht sich die Veränderung stärker im kognitiven Erlebensbereich.

Erläuterung: Im Unterschied zu den Hypothesen 1-4, die insofern Kernhypothesen zur therapeutischen Tendenz darstellen, als sie entscheidend für die Aussagekraft der theoretischen Ableitung und des GPT-Modells sind, enthält Hypothese 5 eine Vermutung zum Zusammenhang zwischen der Personkonstante Typ E respektive Typ K und der Persönlichkeitsdimension Extraversion, die auf formalen und anmutungsmäßigen Parallelen beruht. Die Vermutung folgt jedoch nicht notwendig aus den Bestimmungen des Interaktionsmodells.

Desgleichen beinhaltet Hypothese 6 einen denkbaren und plausiblen Zusammenhang zwischen therapeutischer Tendenz-Richtung und entsprechendem Erlebensbereich, auf den sich die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten bezieht. Von seiten der theoretischen Ableitung her ist jedoch auch dieser Zusammenhang kein notwendiger. Annahme 5 und 6 sind somit n i c h t e n t s c h e i d e n d für die theoretische Begründung der Untersuchungsmerkmale.

IV.2.2. Aufbereitung der Tendenzdaten für die Datenverarbeitung

IV.2.2.1. Vorbemerkungen zur Varianzanalyse als Verfahren zur Prüfung der Personspezifität und Stabilität der therapeutischen Tendenz

Nach Abschluß der Datenerhebung ist die therapeutische Tendenz in einer Vielzahl von Maßen repräsentiert, die das Merkmal unter verschiedenen Gesichtspunkten nach Ausrichtung und

Ausprägung widerspiegeln. Einen Überblick über die verschiedenen Tendenzmaße und ihre Quelle gibt Abbildung IV.2. Die als Kernhypothesen charakterisierten Annahmen (Hypothesen 1-4) behaupten, daß die therapeutische Tendenz durch die personenspezifische Reaktionspräferenz - die Zugehörigkeit zu Typ E respektive Typ K - eines Therapeuten bestimmt ist, daß der Therapeut selbst und sein Interaktionspartner das emotionale respektive kognitive Vorgehen übereinstimmend erleben, und daß die jeweils realisierte Interaktion in bezug auf Emotionalität respektive Kognitivität nur von der Personkonstante Typ E respektive Typ K determiniert und vom Therapiezeitpunkt bzw. vom Klienten relativ unbeeinflusst ist.

Um diese Annahmen zur Personspezifität und Stabilität der therapeutischen Tendenz mit möglichst geringem methodischen Aufwand zu überprüfen, wird das Verfahren der Varianzanalyse hinzugezogen, mit dessen Hilfe sich in einem Verarbeitungsgang mehrere Einflußgrößen prüfen lassen:

- a) der Einfluß des als Personkonstante konzipierten Faktors Typ mit den Ausrichtungen emotional (Typ E) respektive kognitiv (Typ K) auf die Verteilung der Tendenzdaten in allen Gesprächssituationen,
- b) der Einfluß des Therapiezeitpunktes auf die Datenverteilung,
- c) der Einfluß des Wechsels von einem Klienten X zu einem Klienten Y,
- d) der Einfluß des Faktors Beurteiler mit den beiden Alternativen: Selbsteinschätzung der therapeutischen Tendenz durch den Therapeuten und Fremdeinschätzung der therapeutischen Tendenz durch den Klienten.

Während die Faktoren Zeitpunkt, Klient und Beurteiler durch die Bedingungen der Datenerhebung gegeben sind, muß der Faktor Typ durch eine entsprechende Datengruppierung aus den Tendenzdaten gewonnen werden.

Tendenzdaten

1. Pro Therapeut ein Wertepaar für die therapeutische Tendenz, welches die persönliche Reaktionspräferenz unabhängig von der realisierten Interaktion mit einem bestimmten Klienten repräsentiert.
2. Pro Therapeut 6 Wertepaare für die therapeutische Tendenz, die die Selbsteinschätzungen unmittelbar im Anschluß an die realisierte Interaktion widerspiegeln und zwar jeweils bei einem Klient X und einem Klient Y in einem An-, Mi- und Endkontakt.
3. Parallel zu 2. pro Therapeut 6 Wertepaare, die die Fremdeinschätzung der realisierten Tendenz durch den Klienten widerspiegeln.
4. Pro Therapeut 4 Wertepaare, die die realisierte therapeutische Tendenz so repräsentieren, wie sie von neutralen Ratern an dokumentierten Therapeutenäußerungen wahrgenommen werden: Je ein An-, Mi-, Endkontakt sowie ein zusätzliches Gespräch.
5. Pro Therapeut 3 Wertepaare, die die realisierte therapeutische Tendenz so repräsentieren, wie sie von Ratern wahrgenommen werden: jeweils bei Kl. X, Kl. Y und ein zusätzlicher bei Kl. X.

Erhebungsinstrumente und Stichprobe

Fragebogen: "Standardsituationen zur Erfassung der therapeutischen Tendenz" (Siehe Anhang A1)

Alle Therapeuten der Fragebogenuntersuchung

Fragebogen: "Nachbefragungsbogen für den Therapeuten" (Siehe A2)

Alle Therapeuten der Fragebogenuntersuchung

Fragebogen: "Nachbefragungsbogen für den Klienten" (A3)

Pro Therapeut der Fragebogenuntersuchung zwei Klienten

Kategorien zur Einschätzung der emotionalen respektive kognitiven Verbalisierungen nach 2 Ausprägungsgraden (A 6)

Alle Therapeuten der Bandanalyse-Gruppe (An,Mi,En)

Siehe 4

Alle Therapeuten der Bandanalyse-Gruppe (Kl.X,Kl.Y)

IV.2.2.2. Die Bildung der Therapeutengruppen Typ E (emotionaler Reaktionstyp) und Typ K (kognitiver Reaktionstyp)

Die Varianzanalytische Prüfung des Einflusses der Personkonstante Typ (E respektive K) setzt voraus, daß sich die Therapeuten aufgrund von Zuordnungstendenzdaten, die selbst nicht in die Varianzanalyse eingehen, eindeutig und ausschließlich entweder einem TYP E oder einem Typ K zuordnen lassen; und zwar so, daß sich die beiden resultierenden Gruppen Typ E und Typ K bedeutsam voneinander unterscheiden.

IV.2.2.2.1. Die Zuordnungsdaten

Aus der Untersuchung der therapeutischen Tendenz anhand von subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen liegt für jeden Therapeuten **z u s ä t z l i c h** zu den Selbst- und Fremdeinschätzungen der realisierten Interaktion ein Maß vor, welches die Tendenz als persönlich-intuitive Verbalisierungspräferenz unabhängig von der konkreten Interaktion mit einem bestimmten Klienten erfaßt: Die Selbsteinschätzung anhand des Fragebogens "Standardsituationen zur Erfassung der therapeutischen Tendenz" (Siehe A1). Diese Tendenzdaten werden der Zuordnung der Therapeuten zu Typ E oder Typ K zugrundegelegt. Sie sind **n u r** Zuordnungsdaten und gehen nicht in die varianzanalytisch untersuchte Verteilung der Tendenzdaten ein.

Da dieses Maß unabhängig von der konkreten therapeutischen Interaktion mit einem bestimmten Klienten allein von der persönlichen Neigung des jeweiligen Therapeuten bestimmt ist, eignet es sich besonders als Indikator einer Personkonstante Typ (E respektive K). Darüberhinaus müssen diese Tendenzdaten von den Nachbefragungsbögen getrennt verarbeitet werden da die Datenmaßstäbe inkommensurabel sind.

Aus der Untersuchung der therapeutischen Tendenz anhand von Verhaltensrating-Daten liegt für jeden Therapeuten der Therapieverlaufsstichprobe ein Gesprächsausschnitt von 15 Minuten (zu Beginn der Therapie) z u s ä t z l i c h zu den drei Gesprächsausschnitten (Anfang, Mitte, Ende) der Verlaufsuntersuchung vor. Sie werden als 'Zuordnungsdaten' für die Bildung der Therapeutengruppen Typ E und Typ K festgelegt und gehen nicht in die varianzanalytische Untersuchung der Verlaufsdaten ein.

Analog liegt für jeden Therapeuten der Stichprobe mit Klientenwechsel (Gruppe (Kl.X/Kl.Y)) z u s ä t z l i c h zu dem Gesprächsausschnitt pro Klient zur varianzanalytischen Prüfung des Klienteneinflusses ein weiterer Gesprächsausschnitt mit dem ersten Klienten (Kl.X) vor, der als Zuordnungskontakt dient.

IV.2.2.2.2. Das Gruppierungsverfahren

Zur Aufteilung der Therapeuten in eine Teilstichprobe Tendenz - Typ E und eine Teilstichprobe Tendenz - Typ K wird auf ein clusteranalytisches Verfahren zurückgegriffen, welches gewährleistet, daß die Therapeuten der resultierenden Gruppierung in bezug auf die therapeutische Tendenz jeweils innerhalb derselben Gruppe maximal 'ähnlich' sind bzw. daß die Differenzen zwischen je zwei Therapeuten verschiedenen Typs maximiert werden (vgl. Steinhausen und Langer 1977, S. 51 ff). 'Ähnlichkeit' ist dabei durch die Definition der 'Ähnlichkeits'- oder 'Distanzfunktion' vorher festzulegen (vgl. Steinhausen und Langer 1977, S. 20 ff).

Die als Zuordnungsdaten festgelegten Fragebogendaten und die Gesprächsratings kennzeichnen jeweils alle Therapeuten der Fragebogenuntersuchung bzw. der Gesprächsanalyse durch je ein Wertepaar mit zwei Komponenten: einem

Summenwert für gefühlszentrierte Reaktionen (e-Komponente) und einem Summenwert für kognitiv geprägte Reaktionen (k-Komponente). Die e-Komponente des Wertepaares eines jeweiligen Therapeuten der Fragebogenuntersuchung ergibt sich durch Aufsummierung aller Antwortwerte (-2, -1, 0, +1, +2) auf die Items des Zuordnungsfragebogens, die im Sinne der emotionalen Tendenz formuliert sind. Analog errechnet sich die k-Komponente aus den Antworten auf die kognitiv ausgerichteten Items. Die e-Komponente des Wertepaares eines jeweiligen Therapeuten der Gesprächsrating-Stichproben ergibt sich aus Anzahl x Wert (+1,+2) der als emotional beurteilten Verbalisierungen. Analog errechnet sich die k-Komponente aus den kognitiven Verbalisierungen. Je nachdem ob und wie weit die emotionale Wertekomponente über die kognitive Wertekomponente überwiegt - und umgekehrt -, zeigt sich daran, welche Tendenzrichtung beim jeweiligen Therapeuten in welchem Ausmaß vorherrscht.

Ausgehend von der Repräsentation der therapeutischen Tendenz durch Tendenzwertepaare aus jeweils einer emotionalen (e) und einer kognitiven (k) Komponente wurde folgende Abstandsfunktion zwischen je zwei Therapeuten der Stichprobe festgelegt:

Die Distanz zwischen je zwei Wertepaaren (e_i, k_i) und (e_j, k_j) sei

0 falls das Differenzprodukt $(e_i - k_i)$ mal $(e_j - k_j) > 0$

1 falls das Differenzprodukt $(e_i - k_i)$ mal $(e_j - k_j) < 0$

0 oder 1 mit gleicher Wahrscheinlichkeit (1/2) falls das Produkt der beiden Wertkomponentendifferenzen = 0

Nach dieser Abstandsfunktion wird die Abstandssumme dann und nur dann größer als 0, wenn Therapeuten, deren e-Wertkomponente größer ist als die k-Wertkomponente und Therapeuten, deren k-Wertkomponente größer ist als die e-Wertkomponente in einer Gruppe gemischt sind. Sind jedoch alle e und nur Therapeuten mit größerer e-Wertkomponente zu einer Gruppe (Typ E) zusammengefaßt, und alle Therapeuten mit größerer k-Wertkomponente zur zweiten Gruppe (Typ K) so ist jeder einzelne Abstand innerhalb einer Gruppe 0, also auch die Summe aller Abstände, die somit ein absolutes Minimum hat. Der durch Zufall zu entscheidende Fall der Gleichheit zwischen e-Komponente und k-Komponente kam praktisch nie vor. Eine graphische Veranschaulichung der resultierenden Aufteilung enthält der Anhang (siehe A 8).

Der an die Gruppierung anschließende Vergleich (t-Teste) der mittleren Tendenzwerte der beiden resultierenden Datengruppen macht deutlich, daß die Gruppe Tendenz-Typ E und die Gruppe Tendenz-Typ K tatsächlich zwei unterscheidbare Therapeutengesamtheiten mit verschiedenen Gruppenparametern repräsentieren und nicht zufällig voneinander abweichende Teilstich-

proben ein und derselben Grundgesamtheit (vgl. Abbildung Nr. IV,3.).

Die p-Werte (zweiseitig) für die t-Größen sind annähernd 0, und zwar bei allen Therapeuten der Gesprächsanalyse und bei allen Therapeuten der Fragebogenuntersuchung. Die Annahme bloß zufälliger Abweichungen zwischen Typ E und Typ K erhält somit keine Rechtfertigung.

Eine Folge weiterer t-Tests bestätigt darüberhinaus, daß die Gruppierung in Typ E und Typ K-Daten gemäß der Abstandsfunktion tatsächlich zur optimalen Aufteilung der Daten führt: Aus der Gruppierung resultieren die maximal erreichbaren t-Werte im Vergleich zu einer Reihe von anderen, benachbarten Aufteilungen (vgl. dazu die Aufteilungsreihe und die Mittelwertvergleiche im Anhang A 9).

Folgende Aufteilungen wurden geprüft: Zur vorliegenden Gruppe kognitiv orientierter Therapeuten (Typ K) wurde nacheinander jeweils der Therapeut der emotionalen (Typ E) -Gruppe mit der höchsten, zweit-, dritt-, ... höchsten kognitiven Wertkomponente dazugeschlagen, bis nur noch der Therapeut mit der geringsten kognitiven bzw. verhältnismäßig höchsten emotionalen Wertkomponente die Typ E-Gruppe konstituierte. Umgekehrt wurden auf dieselbe Art die Typ K-Therapeuten der Typ E-Gruppe zugeschlagen. Jede der nacheinander auftretenden Aufteilungen wurde anhand des t-Tests auf Mittelwertdifferenzen geprüft. Dabei ergab sich für alle Therapeutenstichproben der maximale Wert der Prüfgröße t (bei Schätzung der Varianz), also die größte Mittelwertdifferenz, bei der vorliegenden Aufteilung nach der dargestellten Aufteilungsfunktion.

Die beiden Gruppen sind also auch im Sinne der Maximierung der Mittelwertdifferenz dann optimal voneinander getrennt, wenn die Aufteilung nach dem Kriterium, welche der beiden Wertkomponenten jeweils überwiegt, vorgenommen wird.

Eine solche Datenaufteilung ist nicht nur optimal im Sinne der mathematischen Abstandsfunktion. Sie ist darüberhinaus aus praktischen Gründen einer anderen - etwa geometrischen - Abstandsfunktion vorzuziehen, da sie in Hinblick auf etwaige Folgeuntersuchungen eine Herein- oder Herausnahme von Therapeuten erlaubt, ohne Veränderung der Gruppenzuordnungen zu ernötigen. Im Unterschied zu Abstandsfunktionen, die nur mathematische Verhältnisse widerspiegeln ohne vorstellbare inhaltliche Entsprechung,

ist die der Typ-Gruppierung zugrundeliegende Abstandsfunktion eine unmittelbare Funktion der Merkmalsqualität und daher folgerichtig und sinnvoll interpretierbar:

Zum Typ E gehören diejenigen Therapeuten der Fragebogenuntersuchung, die mehr den im Sinne der emotionalen Tendenz formulierten Items zustimmen, und diejenigen Therapeuten der Gesprächsuntersuchung, die häufiger emotional verbalisieren. Zum Typ K gehören diejenigen Therapeuten, die eher den kognitiv formulierten Fragebogenitems zustimmen bzw. die häufiger kognitiv verbalisieren. Beide Typen unterscheiden sich bedeutsam in bezug auf den verhältnismäßigen Anteil der kognitiven und der emotionalen Reaktionen.

Die resultierende Zusammensetzung der Therapeutenstichprobe nach Tendenz-Typ (E respektive K) (Abbildung Nr. IV.4.) liegt der anschließenden varianzanalytischen Untersuchung der realisierten therapeutischen Tendenz zugrunde.

Die Prüfung der jeweiligen Zusammensetzungen hinsichtlich der Beziehung zwischen Typ (E respektive K) und Geschlecht des Therapeuten mittels eines χ^2 -Tests erlaubt es, vorab zu klären, ob möglicherweise der Reaktionsstil des Therapeuten - emotional respektive kognitiv - von seiner Geschlechtszugehörigkeit abhängt. Diese Prüfung ist insofern von Bedeutung, als die Assoziation: Gefühlsbezogenheit und weibliches Geschlecht allgemein verbreitet ist und einen solchen Zusammenhang nahelegt.

Wie die Prüfgrößen (χ^2 -Werte der Tafeln Nr. IV.4.) zeigen, ist ein systematischer Zusammenhang zwischen Typ und Geschlecht nicht nachzuweisen ($p \sim 0.50$). Die Daten der Therapeuten werden daher im weiteren Verlauf der Untersuchung als homogene Stichprobe behandelt.

Abbildung Nr. IV.3.: Mittelwertvergleiche: Zuordnungsdaten Typ E im Vergleich zu den Zuordnungsdaten Typ K

3.a) : Die Parameter (bei geschätzter Varianz der Population aus den Stichprobenvarianzen)

Typ	Wert-Komp.	Fragebogendaten			Gruppe (An,Mi,En)			Gruppe (KIX/KIY)		
		Mean	Standard- abweichung	Standard- Fehler	Mean	Standard- abweichung	Standard- Fehler	Mean	Standard- abweichung	Standard- Fehler
E	e-Komponente	6.33	4.62	1.091	14.00	3.969	0.963	14.1765	3.644	0.884
	k-Komponente	-1.61	5.57	1.314	6.3529	3.200	0.776	6.0588	3.051	0.740
	Differenz	7.94	4.84	1.142	7.6471	4.167	1.011	8.1176	3.887	0.943
K	e-Komponente	-0.909	4.11	1.239	6.0000	4.416	1.225	5.9167	3.988	1.151
	k-Komponente	7.36	4.38	1.323	13.9231	5.33	1.478	13.4167	5.485	1.583
	Differenz	-8.27	5.08	1.532	-7.9231	5.346	1.483	-7.500	4.503	1.300

3 b) : Die Prüfgrößen (t-Werte) für die Mittelwertvergleiche zwischen Typ E- und Typ K-Zuordnungsdaten

Wertkomponente	Fragebogendaten			Gruppe (An,Mi,En)			Gruppe (KIX/KIY)		
	F-Wert	2-tail Proba- tity	df	t-Wert	2-tail Proba- tity	df	t-Wert	2-tail Proba- tity	df
e-Komponente	1.27	0.72	27	4.26	0.00	1.24	0.677	28	5.21
k-Komponente	1.61	0.445	27	-4.54	0.00	2.77	0.059	28	-4.84
Differenz	1.10	0.829	27	8.59	0.00	1.65	0.348	28	8.97

Erläuterung: Die Mean-Werte: Jeder Therapeut erhält ein Wertepaar kombiniert aus einem Wert aus der Summe aller Beantwortungen der Items für emotionale Reaktionen (e-Komponente) und einen Wert aus den Beantwortungen der kognitiven Items (k-Komponente). Der Differenzwert resultiert aus: e-Komponente minus k-Komponente. Die Mean-Werte werden für jede Komponente und jeden der zwei Typen errechnet. Beispielfhafte Erläuterung der Mean-Werte: Mean 6.33 ist der Durchschnitt aller e-Komponenten-Werte der Therapeuten des Typ E der Fragebogenuntersuchung. (Analog errechnet sich Mean 14.0 für die Gesprächsverlaufsgruppe, Mean 14.1765 für die Gesprächsgruppe mit Klientenwechsel).

Die t-Werte: Die Mittelwerte der Therapeuten des Typ E werden mit den Mittelwerten der Therapeuten des Typ K jeweils getrennt für die e- und k-Komponente und für den Differenzwert verglichen. (Der Vergleich des Mean 6.33 mit dem entsprechenden Typ K Wert -0.909 ergibt $t = 4.26$ usw.).

Abbildung Nr. IV.4.:

Nr. IV.4.a): Zusammensetzung der Therapeuten der Fragebogen-
untersuchung nach Geschlecht und Typ-Zugehörigkeit

	Typ E	Typ K	Ges.	Chi ² korrigiert	P	df
männl.	11	7	18	0.06676	> 0.5	1
weibl.	7	4	11			
ges.	18	11	29			

Nr. IV.4.b): Zusammensetzung der Therapeuten des Therapieverlaufs-
rating nach Geschlecht und Typ-Zugehörigkeit:
Gruppe (An,Mi,En)

	Typ E	Typ K	Ges.	Chi ² korrigiert	P	df
männl.	10	8	18	0.0509	> 0.5	1
weibl.	7	5	12			
ges.	17	13	30			

Nr. IV.4.c): Zusammensetzung der Therapeuten des Rating bei
Klientenwechsel: Gruppe (Kl.X/Kl.Y)

	Typ E	Typ K	Ges.	Chi ² korrigiert	P	df
männl.	11	8	19	0.0824	> 0.5	1
weibl.	6	4	10			
Ges.	17	12	29			

Erläuterung zu Abbildung IV.a-c): Chi² korrigiert bezeichnet den Chi²
Wert, korrigiert nach dem Verfahren
von Yates für geringe Felderbesetzung.

IV.2.3. Die Untersuchungsverfahren und ihre metrischen Voraussetzungen

IV.2.3.1. Überblick über die Untersuchungsverfahren

Die Prüfung der Hypothesen zur therapeutischen Tendenz stützt sich im wesentlichen auf Varianzanalysen und Mittelwertvergleiche (t-Test).

IV.2.3.1.1. Die Varianzanalysen

Gemäß den Kernhypothesen (1-4) ist zu erwarten, daß bei allen Therapeutenstichproben zwischen den Daten der Typ E-Therapeuten und den Daten der Typ K-Therapeuten signifikante Mittelwertdifferenzen bestehen, und zwar zu allen Therapiezeitpunkten und bei verschiedenen Klienten. Die Differenzen zwischen den Datengruppen zu verschiedenen Zeitpunkten bzw. bei verschiedenen Klienten innerhalb eines Typ hingegen sind erwartungsgemäß zufällig. Diese Annahmen zur Personspezifität und Stabilität der Zugehörigkeit eines jeweiligen Therapeuten zu Typ E respektive Typ K werden für alle Therapeutenstichproben anhand von Varianzanalysen geprüft.

Das zur Analyse der Tendenzdaten hinzugezogene varianzanalytische Verfahren lehnt an Winers Unterscheidung zwischen zwei Faktorenklassen an (vgl. Winer 1971, Kap. 7): a) Faktoren, die die Subjekte in zwei oder mehrere Gruppen trennen und deren Einfluß die gemeinsame Varianz in zwei (oder mehrere) Gruppenvarianzen mit zwei (oder mehreren) Gruppenmittelwerten aufteilt, und b) Faktoren, die sich aus wiederholten Messungen bei denselben Subjekten ergeben und deren Einfluß Streuungen innerhalb der Faktorgruppen a) erzeugt (Faktoren innerhalb Faktor a)).

In bezug auf die varianzanalytische Prüfung der Kernhypothesen 1-4 stellt der Faktor Typ mit den Ausprägungen Typ E und Typ K einen Faktor dar, der als Personkonstante die Daten in zwei Gruppen trennt, in die die Subjekte 'eingebettet' ('nested') sind. Die Faktoren Zeitpunkt (An, Mi, En) und Beurteiler (Therapeut/Klient) hingegen beruhen auf

Mehrfachmessungen an allen Subjekten der jeweils untersuchten Stichprobe (Faktoren innerhalb Typ). Dasselbe gilt für Kl.X/Kl.Y, sofern der Klientenwechsel als eigener Faktor (KlX/KlY) eingeht, wie es bei der Gesprächsgruppe (KlX/KlY) der Fall ist. Bei der Verarbeitung der Fragebogendaten geht Kl.X/Kl.Y nicht als 'Faktor in Typ' ein, sondern als Zweifachrepräsentation der Subjekte (Ther.n(Kl.X); Ther.n(Kl.Y)).

Da die Ausprägungen aller Faktoren (Typ E/Typ K, An/Mi/En, Kl.X/Kl.Y bei der Gesprächsstichprobe) für den Aussagegehalt wesentlich sind und bei der Auswahl der Datenerhebungssituationen festgesetzt wurden, handelt es sich um das Varianzanalyse-Modell I, das 'Modell mit fixierten Effekten' ("fixed effects") nach der Klassifikation von Eisenhart, vgl. Müller 1975, S. 295 f).

Die Varianzanalyse wird gemäß den folgenden Schemata für alle Therapeutenstichproben (Fragebogenuntersuchung, Gesprächsrating-Gruppen (An,Mi,En) und (Kl.X/Kl.Y) getrennt durchgeführt mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten.

Varianzanalyse-Schemata

Die Felder sind besetzt mit Werten der Art:

$e_{Z,B,Typ} (Th(Kl))$ bei der Verarbeitung der emotionalen Komp.

$k_{Z,B,Typ} (Th(Kl))$ bei der Verarbeitung der kognitiven Komp.

$d_{Z,B,Typ} (Th(Kl))$ bei der Verarbeitung der Differenzwerte

mit: Z (Zeitpunkt) $\in (An, Mi, En)$)
 B (Beurteiler) $\in (Therapeut/Klient)$) Faktoren
 Typ $\in (TypE, Typ K)$)
 Th (Therapeut) $\in (n=1 \text{ bis } 29)$) Subjekte
 Kl (Klient) $\in (KlientX, Klient Y)$)

Im Rahmen der Verarbeitung der Fragebogendaten wird Klient X/Klient Y nicht als eigener Faktor behandelt, sondern als zweifache Repräsentation jedes Therapeuten in die Varianz der 'Subjekte innerhalb' einbezogen. Als eigener Faktor, bedingt durch Zweifachmessung, geht Kl.X/Kl.Y in die Verarbeitung der Gesprächsrating-Daten ein (vgl. Analyse-Schema c).

b) Schema der Varianzanalyse der Gesprächsrating-Daten der Verlaufsgruppe (An,Mi,En)

mit den Faktoren: Typ (E/K), der die Subjekte in zwei Gruppen aufteilt, und Zeitpunkt, der durch Mehrfachmessung bedingt ist.

Typ	Subjekte te (Ther. n=1-30)	Zeitpunkt	Anfang	Mitte	Ende
Typ E	1				
	...				
	17				
Typ K	18				
	...				
	30				

Die Felder sind besetzt mit Werten

$e_{Z,Typ} (Th)$ bei der Verarbeitung der emotionalen Komponente

$k_{Z,Typ} (Th)$ bei der Verarbeitung der kognitiven Komponente

$d_{Z,Typ} (Th)$ bei der Verarbeitung der Differenzwerte

mit: Z (Zeitpunkt) $\in$ (An, Mi, En) } Faktoren
 Typ $\in$ (TypE, Typ K)
 Th (Therapeut) $\in$ (n=1 30) Subjekte

c) Schema der Varianzanalyse der Gesprächsrating-Daten bei Klientenwechsel (Kl.X/Kl.Y)

mit den Faktoren: Typ (E/K), der die Subjekte in zwei Gruppen trennt, und Klient (X/Y), der durch Mehrfachmessung bedingt ist.

Typ	Subjekte	Klient	Kl X	Kl Y
Typ E	1			
	17			
Typ K	18			
	29			

Die Felder sind besetzt mit Werten

$e_{Kl, Typ} (Th)$, $k_{Kl, Typ} (Ther)$, $d_{Kl, Typ} (Ther)$

mit: Kl(Klient) $\in$ (KlX, KlY))
 Typ $\in$ (TypE, TypK)) Faktoren
 Th(Therapeut) $\in$ (n= 1 bis 29) Subjekte

IV.2.3.1.2. Die Mittelwertvergleiche

Die Varianzanalyse ergänzend wurde die Hypothese, daß sich die Therapeuten des Typ E und die Therapeuten des Typ K in ihrem Vorgehen signifikant unterscheiden, für alle Therapeutengruppen und alle Datenerhebungssituationen anhand von t-Tests geprüft. Hierzu wurden jeweils die Tendenzdaten-Mittelwerte der Therapeuten des Typ E mit den Tendenzdaten-Mittelwerte der Therapeuten des Typ K verglichen.

Mittelwertvergleiche: Tendenzdaten

Vergleichs- gruppen	Therapeutenstich- probe	Datenerhebungssituation
Typ E mit Typ K	Fragenbogengruppe	Klient X : An Mi En
		Klient Y : An Mi En
		Standardsituationen
Typ E mit Typ K	Gesprächsverlaufs- gruppe (An,Mi,En)	An Mi En
		Zuordnungskontakt
Typ E mit Typ K	Gesprächsgruppe (K1X/K1Y)	K1 X K1 Y
		Zuordnungskontakt

Die Vermutung, daß Therapeuten des Typ E (respektive des Typ K) stärkere Merkmalssteigerungen seitens des Klienten im emotionalen (respektive im kognitiven) Bereich erzielen (Hypothese 6), wurde anhand folgender Mittelwertvergleiche geprüft:

Mittelwertvergleiche: Klientenmerkmal

Vergleichsgruppen	Veränderungsbereich	Zeitpunkte der Veränderung
Typ E mit Typ K	Veränderungen im emotionalen Erlebensbereich	Anfang bis Mitte
		Mitte bis Ende
		Anfang bis Ende
Typ E mit Typ K	Veränderungen im kognitiven Erlebensbereich	Anfang bis Mitte
		Mitte bis Ende
		Anfang bis Ende

Die Vermutung, daß Therapeuten der kognitiven Tendenz (Typ K) allgemein stärker extravertiert reagieren (Hypothese 5) wird anhand der Rangkorrelation zwischen dem Rang des jeweiligen Therapeuten in Richtung kognitives Typ-Extrem und seinem Rang in Richtung extravertiertes Reaktionsextrem geprüft.

Die Voraussetzungen der Varianzanalysen und der t-Teste werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

IV.2.3.2. Die Verteilungsvoraussetzungen der Tendenzdatenverarbeitung

Die Verarbeitung von Daten mit varianzanalytischen Verfahren bzw. anhand von t-Tests unterstellt spezifische Merkmale der Datenverteilungen, die zu prüfen und hinsichtlich ihrer Konsequenzen zu diskutieren sind.

Beide Datenverarbeitungsverfahren gehen meßtheoretisch von der Annahme aus, daß es sich um Meßwerte von normalverteilten, also auch stetigen Variablen mit übereinstimmenden Varianzen handelt.

Die Gewährleistung dieser meßtheoretisch geforderten Verteilungsvoraussetzungen ist im Rahmen empirischer Sozialforschung mit grundsätzlichen Problemen verbunden, die der Problematik in bezug auf das Skalenniveau vergleichbar sind bzw. sich teilweise mit diesem überschneiden (siehe dazu die Diskussion der Datenqualität in Abschnitt II.6.1.). Im

Bereich der psychologischen (sozialwissenschaftlichen) Forschung sind die meist ganzzahligen Daten treppenartig verteilt, wobei die Stufen in der Regel mehr oder weniger Abweichungen von der idealen Normalverteilung enthalten. (Der stetige Übergang zwischen den Stufen wird zwar häufig unterstellt, ist jedoch für die betroffenen Daten schwer nachweisbar).

Die Annahme der Normalverteilung für eine empirische Datenstichprobe bzw. die Entscheidung zu einem davon ausgehenden Datenverarbeitungsverfahren ist somit eine Abwägung des Forschers, in welchem Ausmaß er Abweichungen von der idealen Normalverteilung tolerieren will. Ein wichtiger diesbezüglicher Entscheidungsfaktor ist die Konsequenz von Abweichungen für die resultierenden Befunde: Nach Clauss und Ebner sind bei ähnlich großen Stichproben auch dann varianzanalytische Prüfverfahren erlaubt, wenn größere Abweichungen von der Normalverteilung und der Varianzgleichheit vorkommen; die Prüfverteilerverteilung zeigt in diesen Fällen keine bedeutsamen Abweichungen von der Verteilung der F-Werte (vgl. Clauss und Ebner 1971, S. 280/281).

a) die Prüfung der Datenverteilungen im Hinblick auf Normalverteilung

In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Testverfahren jeweils an 3 Tendenzwert-Varianten durchgeführt, die darauf basieren, daß pro Therapeut und Datenerhebungssituation die therapeutische Tendenz als Wertepaar aus einer emotionalen Komponente (e-Komponente) und einer kognitiven Komponente (k-Komponente) und als Differenzwert (d) aus den beiden Komponenten erfaßt wird. Die Prüfung der Annäherung der Datenverteilungen an die theoretische Normalverteilung wird für jede Therapeutengruppe und jede Datenerhebungssituation an allen drei Tendenzwertvarianten (e-Komponente, k-Komponente und Differenzwert) anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests durchgeführt.

Der Kolmogorov-Smirnov-Test vergleicht anhand der kumulativen Verteilungen die jeweils empirisch vorliegende Verteilung mit einer theoretischen Normalverteilung, die vom Mittelwert und der Varianz der empirischen Verteilung ausgeht. Der Vergleich bezieht sich auf die maximale positive oder negative Abweichung der empirischen von der Normalverteilung. Je höher diese ausfällt, desto geringer ist der p-Wert bzw. desto geringer ist die Übereinstimmung der

empirischen Verteilung mit der Normalverteilung ($p=1.00$ steht für die maximale Annäherung an die theoretische Normalverteilung).

Anhang A 13 a)-e) enthält eine Aufstellung der maximalen absoluten Abweichungen und der Prüfgrößen p für alle Verteilungen der verarbeiteten Datenstichproben.

Wie die Aufstellung zeigt, liegen die Prüfgrößen p für die maximalen Abweichungen in den meisten Fällen über 0.7. In seltenen, unsystematischen Fällen liegt p unter 0.5. Dies ist jedoch stets nur bei einer der drei Wert-Varianten (e-Komponente, k-Komponente, Differenzwert) eines Datensatzes der Fall, während dieselbe Datenstichprobe bei mindestens einer der drei Wertvarianten erheblich höhere p -Werte erreicht. Da die zwei Wertkomponenten und ihr Differenzwert inhaltlich als drei gleichwertige, sich ergänzende Maße der therapeutischen Tendenz in einer gegebenen Datenerhebungssituation konzipiert sind, werden die wenigen stärkeren Abweichungen von der Normalverteilung bei einzelnen Wert-Varianten toleriert.

Die Verarbeitung der Daten bestärkte diese Entscheidung insofern, als die Einzeluntersuchungen für die e-Komponente, die k-Komponente und den Differenzwert eines Datensatzes in jedem Fall zu übereinstimmenden Ergebnissen führten, auch dann, wenn unter den Wertkomponenten ganz erhebliche Unterschiede in bezug auf die maximalen Abweichungen und die p -Werte vorlagen. Die größeren Abweichungen von der Normalverteilung bei einzelnen Wertkomponenten haben somit keinen bedeutsamen Einfluß auf die Untersuchungsbefunde. (Vgl. A 13 c: die max. abs. Abweichung der Selbsteinschätzungen der Ther. Typ K im Mitte-Kontakt bei Kl. X beispielsweise ist bei der e-Komponente 0.1552 ($p=0.954$), bei der k-Komponente 0.2775 ($p=0.365$) und beim Differenzwert 0.3102 ($p=0.240$). Die Befunde sind bei allen drei Wertvarianten übereinstimmend).

b) Die Varianzen der Datenstichproben

Die größenmäßigen Verhältnisse der Datenvarianzen anhand der Standardabweichungen bei allen Datenverteilungen sind

der Aufstellung im Anhang (A 13 a) - e) und A 14 a) - e)) zu entnehmen.

Bei der statistischen Datenverarbeitung werden jeweils nur Daten derselben Wertvariante (e-Komponente bzw. k-Komponente der Wertepaare und Differenzwert) miteinander verrechnet, so daß nur die Größenverhältnisse der Standardabweichungen innerhalb jeweils einer Datenkomponente bzw. des Differenzwertes von Bedeutung sind. Die Standardabweichungen in A 14, sind daher nach den drei verschiedenen Wertvarianten geordnet.

Die Quotienten aus jeweils zwei Standardabweichungen (jeweils die größere dividiert durch die kleinere) liegen überwiegend zwischen 1.0 und 1.3. In wenigen unsystematischen Fällen schert die Standardabweichung stärker aus. (Z.B. bei Gesprächsratinggruppe (K1.X/K1.Y), TYP E, Differenzwert sind die Standardabweichungen in drei Datenerhebungssituationen ähnlich - 7.17, 7.86; 7.08 - in einer Situation schert sie aus - 4.16, vgl. A 14 a)). Diese Abweichungen von der idealen Varianzgleichheit werden als für die angewendeten Prüfverfahren und die Fragestellungen tolerierbar bewertet.

Die Verarbeitung der Daten bestätigte dies insofern, als die t-Tests in jedem Fall bei gemeinsamer Varianz und bei getrennter Varianz der verglichenen Datenstichproben zu übereinstimmenden Prüfgrößen führten.

IV.2.4. Emotionalität versus Kognitivität (TYP E/TYP K)
als stabile Personkonstante klientenzentrierter
Therapeuten - Die Befunde zu den Kernhypothesen
1 - 4

IV.2.4.1. Der Einfluß des Faktors Therapeuten-TYP
(E respektive K) auf die realisierte Interaktion

Hypothese 1 zum Einfluß des Personfaktors TYP (E resp. K) behauptet, daß die Therapeuten aufgrund ihrer persönlichkeitsbedingten Neigung, emotional resp. kognitiv zu reagieren, in allen Therapiegesprächen entsprechend unterschiedlich vorgehen. Demnach realisieren die Therapeuten des Tendenz-TYP E in allen Gesprächssituationen eine bedeutsam stärker gefühlszentrierte Interaktion, während das Vorgehen der Therapeuten des TYP K deutlich stärker kognitiv geprägt ist. Und zwar über den gesamten Therapieverlauf und bei verschiedenen Klienten gleichbleibend.

Im Hinblick auf die varianzanalytische Prüfung beinhaltet dies die Erwartung, daß der Einfluß des Faktors TYP (E resp. K) einen bedeutsamen Teil der gesamten Datenvarianz erklärt, während die individuell bedingte Streuung und die Datenvarianz, die durch den Zeitpunkt der Therapie (Anfang, Mitte, Ende) bzw. durch den Wechsel von Klient X zu Klient Y erzeugt ist, nicht signifikant ist.

Der erwartete Einfluß des Faktors TYP (E resp. K) wird an allen Therapeutenstichproben (den Therapeuten der Untersuchung anhand von subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen, den Therapeutengruppen (An, Mi, En) und (Kl.X, Kl.Y) der Bandanalyse) getestet. Alle Tendenzdaten liegen als Wertepaar vor, die die Tendenz durch die individuelle Kombination einer emotionalen und einer kognitiven Komponente repräsentieren. Die Prüfung wird sowohl an den einzelnen Komponenten getrennt, als auch am Differenzwert durchgeführt. Faktor TYP (E/K) trennt als Personkonstante die Subjekte bzw. die Gesamtstreuung in zwei Teilstreuungen: TYP E-

Daten und TYP K-Daten. Die individuell bedingte Tendenzdatenstreuung (Therapeut in TYP) und die durch Mehrfachmessungen an den Therapeuten bedingten Datenstreuungen (die durch die verschiedenen Faktoren bedingten Streuungen: 'Beurteiler in Therapeut und TYP': 'Zeitpunkt in Therapeut und TYP': 'Klient in Therapeut und TYP') stellen Streuungen innerhalb des TYP dar (vgl. Abb. Nr. IV.5, S. 326). Die Prüfung der verschiedenen Streuungen gegeneinander zeigt so nicht nur, welcher Teil der Gesamtvarianz durch den Faktor TYP bedingt ist (Faktor TYP im Verhältnis zu den Subjekten-'Therapeuten in TYP'), sondern darüber hinaus die Bedeutsamkeit des Einflußfaktors im Verhältnis zu den durch die anderen Faktoren bedingten zusätzlichen Varianzen. Abbildung Nr. IV.5 (S.326f) gibt einen Überblick über die verschiedenen Streuungen, die bei den jeweiligen Therapeutenstichproben in die Untersuchung einbezogen wurden (in Form von Mean-Squares, einem Streuungsmaß, das in die F-Werte eingeht) und über die dazugehörigen F-Werte.

Für den Faktor TYP (E/K) sind die F-Werte bei allen untersuchten Gruppen in allen Datenerhebungssituationen und an allen Formen der Tendenzmaße sehr signifikant. Es wird also durch den Faktor TYP (E/K) eine systematische Aufteilung aller Tendenz-Daten in eine Gruppe TYP E und eine Gruppe TYP K erzeugt, deren Mittelwertdifferenz signifikant ist und einen Teil der gesamten Datenvarianz erzeugt. Diese durch die Person-Konstante TYP bedingte Tendenzdatenstreuung ist sowohl im Verhältnis zur Streuung der Subjekte (Therapeut innerhalb des TYP), als auch im Verhältnis zu der zusätzlichen Streuung durch Zweifachmessung pro Subjekt an zwei Klienten bedeutsam.

Die Konzeption des Faktors TYP (E/K) als Personkonstante des jeweiligen Gesprächspsychotherapeuten ist damit insofern bestätigt als durch den Typ bzw. seine beiden Ausrichtungen eine Einflußgröße gegeben ist, die unabhängig von den besonderen Gesprächsbedingungen (Zeitpunkt und Klient) bzw.

über diese hinweg zwei Vorgehensweisen der Therapeuten bedingt, und zwar so, daß die Differenz nicht durch bloß zufällige, individuelle Abweichungen in die emotionale resp. kognitive Richtung erklärt werden kann.

Die Prüfung des Einflusses des TYP (E resp. K) ergänzend, wurden für alle Therapeutenstichproben (Fragebogenuntersuchung/Gruppe (An, Mi, En) und Gruppe (Klient X, Klient Y) der Bandanalyse) in allen Datenerhebungssituationen (Anfang, Mitte, Ende jeweils bei Klient X und Klient Y) jeweils getrennt die Mittelwerte der Therapeuten des TYP E mit den Mittelwerten der Therapeuten des TYP K verglichen.

Der Test für Mittelwertvergleiche zwischen den TYP E-Daten und den TYP K-Daten wurde jeweils sowohl für den Anfangs-, Mitte- und End-Kontakt getrennt, als auch anhand der mittleren Werte über alle drei Therapiekontakte durchgeführt - und zwar jeweils für die emotionale und die kognitive Tendenzwertkomponente und für den Differenzwert. Wie aus den Tabellen im Anhang (siehe Anhang 10) ersichtlich ist, sind die p-Werte größtenteils annähernd 0 oder liegen geringfügig über 0. Die Annahme, daß die Therapeuten des TYP-E und die des TYP-K derselben Population entstammen könnten, ist somit in keinem Fall gerechtfertigt.

Im Hinblick auf die therapeutische Praxis heißt das:

1. daß Therapeuten, die außerhalb der konkreten Interaktion und unabhängig von einem bestimmten Klienten intuitiv eher emotional verbalisieren würden (Werte auf dem Fragebogen 'Standardsituationen'), auch im Interaktionsprozeß mit dem Klienten emotional reagieren und sich darin bedeutsam von denjenigen Therapeuten unterscheiden, die generell und im konkreten Interaktionsgeschehen eher kognitiv auf den Klienten eingehen. Diese Differenz im klientenzentrierten Vorgehen wird vom Therapeuten und vom Klienten gleichermaßen subjektiv erlebt.
2. Die Differenz zwischen dem gefühlszentrierten Vorgehen des TYP E und dem kognitiv geprägten Vorgehen des TYP K

ist auch für einen neutralen, außenstehenden Beobachter deutlich.

3. Der ausschlaggebende Einfluß der Personkonstante TYP (E/K) auf das konkrete Vorgehen des Therapeuten ist zu jedem Zeitpunkt der Therapie (An, Mi, En) und bei verschiedenen Klienten wirksam.

Abbildung Nr. IV.5: Varianzanalytische Prüfung des Einflusses des Faktors TYP (E resp. K)

Abbildung Nr. IV.5a): Die Streuungen und F-Werte der subjektiven Selbst und Fremdeinschätzungsdaten

Streuungsquelle		Mean-Square			
		em. Komp.	kog. Komp.	Differenz	DF
TYP (E/K)	(1)	1106.58	1242.56	4694.36	1
Ther. in TYP	(2)	50.688	100.65	137.58	27
Kl. in Ther. in TYP	(3)	83.376	107.47	214.96	29

Prüfvarianzen		F-Werte			Zähler/Nenner	
1 im Verh. zu 2		21.831 ss	12.345 ss	34.121 ss	1	27
1 im Verh. zu 2 u. 3		16.366 ss	11.926 ss	26.424 ss	1	56

Abbildung IV.5b): Die Streuungen und F-Werte der Rating-Daten der Therapeutengruppe (An, Mi, En)

Streuungsquelle		Mean-Squares			
		em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
TYP E/K	(1)	655.57	549.17	2404.78	1
Ther. in TYP	(2)	51.364	44.01	96.25	28
Prüfstreuungen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		12.763 ss	12.479 ss	24.983 ss	1 28

Abbildung IV.5c): Die Streuungen und F-Werte der Rating-Daten der Gruppe (Klienten X/Klienten Y)

Streuungsquelle		Mean-Squares			
		em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
TYP E/K	(1)	361.79	270.19	1257.31	1
Ther. in TYP	(2)	20.11	19.13	48.95	27
Prüfstreuungen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		17.99 ss	14.124 ss	25.68 ss	1 27

Erläuterung:

TYP E/K (1) ist ein fixierter Faktor, der die Subjekte in zwei Teilstichproben bzw. die Datengesamtstreuung in zwei Teilstreuungen teilt, K1, in Ther. in TYP (3) bezeichnet die Streuung der Subjekte, wenn jeder Therapeut durch Daten bei einem K1, X und bei einem K1, Y vertreten ist (Fragebogendaten), während in "Ther. in TYP (2)" jeder Therapeut nur mit einem Wert pro Datener-

hebungssituation eingeht. (Bei den Fragebogendaten ist das der jeweilige Durchschnitt aus dem Wert bei Kl. X und dem Wert bei Kl. Y).

Die Mean-Squares sind Maße der jeweiligen Streuung, die in die F-Werte eingehen.

IV.2.4.2. Die therapeutische Tendenz im Selbsterleben des Therapeuten und ihre Wahrnehmung durch den Interaktionspartner (Klient)

Hypothese 2 (vgl. S. 302) behauptet die Übereinstimmung zwischen dem Selbsterleben der therapeutischen Tendenz und ihrer Wahrnehmung durch den Interaktionspartner (Klient). In bezug auf die varianzanalytische Untersuchung der Selbst- und Fremdeinschätzungsdaten enthält diese Annahme die Erwartung, daß der Faktor Beurteiler (Therapeut - selbst/ Klient - fremd) keine zusätzliche bedeutsame Datenvarianz innerhalb der Gruppen TYP E bzw. TYP K erzeugt.

Die nicht-signifikanten F-Werte für den Einfluß des Faktors Beurteiler (Therapeut/Klient) auf die Datenvarianz (vgl. Abb. IV.6, S. 330) bestätigen die in Hypothese 2 ausgesprochene Erwartung - wobei es keine Rolle spielt, ob jeweils ein Therapeut durch zwei Werte bei zwei Klienten repräsentiert ist (Varianzquelle 2 und 3) oder nur durch einen Durchschnittswert (Varianzquelle 2), und welche Form des Tendenzwertes (emotionale resp. kognitive Komponente des Wertpaares resp. Differenzwert) zur Prüfung hinzugezogen wird.

In bezug auf die konkrete Interaktion bedeutet der vernachlässigbare Einfluß des Faktors Beurteiler (Therapeut resp. Klient) im Vergleich zum Einfluß des Faktors TYP (E resp. K), daß die Fremdeinschätzungen durch den Klienten insgesamt zur selben Gruppierung führen, wie die Selbsteinschätzungen, daß also Therapeuten, die sich selbst im Sinne der Gefühls-

zentriertheit (TYP E) bzw. des kognitiven Vorgehens (TYP K) erleben, auch auf den Interaktionspartner in diesem Sinne wirken.

Während die Bedeutungslosigkeit des Faktors Beurteiler (Therapeut resp. Klient) auf die Datenvarianz zeigt, daß die Ausrichtung der selbst- bzw. fremderlebten therapeutischen Tendenz allein vom persönlichen TYP (E/K) des Therapeuten bestimmt ist und sich nicht dadurch ändert, daß einmal der Therapeut selbst, das andere Mal der Klient einschätzt, erlaubt die Untersuchung der Korrelation zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen darüber hinaus eine Bestimmung der Enge des Zusammenhanges zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen.

Geprüft werden folgende Korrelationen :

1. Die Korrelation zwischen dem Differenzwert der Selbsteinschätzung der Therapeuten bei Klient X im Mittekontakt (DMiThX) und dem Differenzwert der Fremdeinschätzungen durch den Klienten X (DMiKlX).
2. Die Korrelation zwischen dem Differenzwert der Selbsteinschätzungen der Therapeuten bei Klient Y im Mittekontakt (DMiThY) und den Fremdeinschätzungen durch Klient Y (DMiKlY).
3. Die Korrelation zwischen den Gesamtdurchschnittswerten der Selbsteinschätzungen (DMTh) und der Fremdeinschätzungen (DMKl)

Die sehr signifikanten Korrelationskoeffizienten (vgl. Abb. IV.7, S. 331) besagen diesbezüglich, daß aus den Selbsteinschätzungen in den verschiedenen Situationen mit geringem Fehlerspielraum auf die entsprechenden Einschätzungen der therapeutischen Reaktion durch den Klienten geschlossen werden kann und umgekehrt. Demnach werden also Therapeuten, die sich selbst als stark (schwach) emotional resp. kognitiv vorgehend erleben, auch vom Interaktionspartner (Klient) als stark (schwach) emotional resp. kognitiv reagierend eingestuft.

Zur weiteren Verarbeitung der subjektiven Tendenzdaten werden daher jeweils die Durchschnittswerte aus Selbst- und Fremdeinschätzungen hinzugezogen.

Abbildung Nr. IV.6: Der Einfluß des Faktors Beurteiler (Therapeut/Klient) anhand der subjektiven Tendenzdaten (Fragebogen)

Varianzquelle		Mean-Squares			
		em.Komp.	Kog.Komp.	Differenz	DF
Beurteiler (Ther./Kl.)	(1)	0.071	0.141	0.414	1
Th. in TYP und Beurteiler	(2)	1.114	0.835	1.704	27
Kl.in Th. in TYP und Beurteiler	(3)	2.001	1.74	3.25	29

Prüfvarianzen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		0.063 ns	0.169 ns	0.243 ns	1 / 27
1 im Verh. zu 2 u. 3		0.046 ns	0.108 ns	0.165 ns	1 / 56

Erläuterung:

"Beurteiler (Ther./Kl.)" bezeichnet einen fixierten Faktor mit zwei alternativen Ausprägungen, der durch Zweifachmessung bei allen Subjekten in allen Datenerhebungssituationen bedingt ist.

Die Varianzquelle Therapeut in(nerhalb) des TYP und Beurteiler (2) bezieht sich auf die gesamte Datenstreuung der Therapeuten jeweils einer TYP-Gruppe, wobei pro Therapeut zwei Maße: ein Selbst- und ein Fremdbeurteilungswert einbezogen werden.

Die Varianzquelle Klient in(nerhalb) Therapeut in(nerhalb) TYP und Beurteiler bezieht sich auf die Streuung innerhalb jeweils einer TYP-Gruppe, wenn pro Therapeut vier Tendenzmaße eingehen: Selbst- und Fremdbeurteilung bei Klient 1 (K1X) und Selbst- und Fremdbeurteilung bei Klient 2 (K1Y).

Abbildung Nr. IV.7: Die Parameter und Korrelationen zwischen Selbsteinschätzungen und Fremdeinschätzungen

Abbildung Nr. IV.7a): Die Parameter: Mittelwerte und Standardabweichungen

Variable	Anzahl der Fälle	Mittelwerte	Standardabweichungen
DMiThX	29	- 1.5517	6.6900
DMiKIX	29	- 1.9655	6.6734
DMiThY	29	- 0.7931	6.9507
DMiK1Y	29	- 0.6552	6.6562
MDTh	29	- 1.1839	4.9929
MDK1	29	- 1.2529	5.0398

Abbildung Nr. IV.7b: Die Korrelationen zwischen den Selbsteinschätzungen und den Fremdeinschätzungen der therapeutischen Tendenz

Variablen	Ko-Variance	Pearson-Korr.	p	Kendall-Korr.	p	Spearman-Korr.	p
DMiThXx DMiKIX	41.9483	0.9396	0.01 ss	0.8127	0.01 ss	0.9245	0.01 ss
DMiThY x DMiK1Y	44.3904	0.9595	0.01 ss	0.8323	0.01 ss	0.9349	0.01 ss
MDTh x MDK1	24.8893	0.9891	0.01 ss	0.9154	0.01 ss	0.9827	0.01 ss

Erläuterung:

- o Das Zeichen 'x' steht für 'korreliert mit'.
- o Die Variablenabkürzungen sind auf S.329 im Text erläutert.
- o Die drei Korrelationskoeffizienten prüfen die Korrelation bei unterstelltem Intervallskalen-Niveau und bei Ordinalskalenniveau. Der bei allen drei Verfahren übereinstimmend positive Befund ist somit vom Skalenniveau unabhängig.
(Vgl. dazu die Diskussion Abschnitt II.6., S.264).

IV.2.4.3. Die Stabilität der therapeutischen Tendenz im Therapieverlauf

Hypothese 3 (s. S.303) behauptet, daß das Vorgehen des Therapeuten unter dem Gesichtspunkt der Emotionalität resp. Kognitivität nur durch die Personkonstante TYP (E/K) determiniert ist und unbeeinflusst vom Zeitpunkt über den gesamten Verlauf der Therapie stabil bleibt.

Geprüft wird die Stabilität der therapeutischen Tendenz im Therapieverlauf am Einfluß des Faktors Zeitpunkt (An, Mi, En) auf die Varianz der Tendenzdaten jeweils innerhalb der Therapeutengruppen TYP-E und TYP K. Ist dieser der Erwartung entsprechend vernachlässigbar, so heißt das, daß die Messungen in einem anfänglichen, einem mittleren und einem Endkontakt zu gleichen - d. i. nur zufällig variierenden - Tendenzwerten für die Interaktion der jeweiligen Therapeuten innerhalb der TYP-Gruppen führen.

Der Einfluß des Faktors Zeit (An, Mi , En) auf die Varianz innerhalb des TYP wird sowohl für die objektiven Rating-Daten der Therapeutengruppe (An, Mi, En) als auch für die subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen geprüft. Die beiden Komponenten der Tendenzwertepaare und die Differenzwerte werden jeweils getrennt untersucht. Abbildung Nr. IV.8 (S.333f) gibt einen Überblick über die in die Untersuchung einbezogenen Streuungen (Mean-Squares) und die Prüfgrößen (F-Werte).

Die F-Werte sind in jedem Fall unbedeutend ($0.14 \leq F \leq 1.08$), so daß ein systematischer Einfluß des Therapiezeitpunktes nicht zu erwarten ist. Bezogen auf die Praxis heißt das, daß die Therapeuten vom Anfang bis zum Ende einer Therapie im Hinblick auf ihren TYP (E/K) gleichbleibend reagieren. Bemerkenswert ist diese Bestätigung der Hypothese 3 in bezug auf die prinzipielle Auffassung der klientenzentrierten Therapie. Die häufige Vorstellung und Überzeugung, daß die therapeutische Interaktion unter dem Gesichtspunkt der

Emotionalität resp. Kognitivität nicht in erster Linie von der persönlichen Reaktionspräferenz des Therapeuten, sondern vom Fortschreiten der Therapie determiniert ist, wird durch die Befunde nicht gestützt. Eine solche Überzeugung ist jedoch mit jedem theoretischen Konzept verbunden, das die kognitiven Erlebens- und Verhaltensaspekte eher der unpersönlicheren, weniger intensiven Erlebensebene zuordnen und dem Fortgang der klientzentrierten Interaktion ein fortschreitendes Vordringen zu dem als tiefer und wesentlicher aufgefaßten emotionalen Erleben zuschreiben. In diesem Fall schließt also der die Untersuchungshypothese bestätigende Befund zugleich die Infragestellung einer vorfindlichen theoretischen Position ein, während das der Annahme zugrundeliegende GPT-Modell insgesamt gestützt wird. Dieses Modell gibt dem emotionalen und dem kognitiven Erleben einen gemeinsamen Stellenwert und begreift die kognitive und die emotionale Tendenz als gleichermaßen und gleichartig wirksame klientzentrierte Vorgehensweisen.

Abbildung Nr. IV.8: Der Einfluß des Faktors Zeitpunkt
(Anfang/Mitte/Ende)

Abbildung Nr. IV.8a): Der Einfluß des Faktors Zeitpunkt
anhand der Fragebogendaten

Varianzquelle	Mean-Squares			
	em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
Faktor Zeitpunkt (An,Mi,En) (1)	1.068	0.218	1.735	2
Ther. in TYP X Zeitpunkt (2)	0.989	1.289	2.143	54
Kl. in Th. in TYP X Zeitpunkt (3)	2.850	1.793	4.586	58
Prüfvarianzen	F-Werte			
1 im Verh. zu 2	1.080 ns	0.169 ns	0.81 ns	2 / 54
1 im Verh. zu 2 u. 3	0.547 ns	0.141 ns	0.509 ns	2 / 112

Abbildung Nr. IV.8 b): Der Einfluß des Faktors Zeitpunkt anhand der Rating-Daten der Gruppe (An/Mi/En)

Varianzquelle	Mean-Squares			DF
	em. Komp.	kog. Komp.	Differenz	
Zeitpkt. (An, Mi, En)	(1) 9.21	11.44	16.67	2
Ther. in Typ X				
Zeitpkt.	11.62	8.08	18.11	56
Prüfvarianzen	F-Werte			
1 im Verh. zu 2	0.792 ns	0 142 ns	0.92 ns	2 / 56

Erläuterung:

Faktor Zeitpunkt ist durch Dreifachmessung an allen Subjekten bedingt. Die Ausprägungen An, Mi, En sind planmäßig so festgelegt, daß der Therapieverlauf exemplarisch erfaßt wird (faktorielle Varianzanalyse).

Die Varianzquelle Therapeut in(nerhalb) TYP mal Zeitpunkt (2) bezieht sich auf die Gesamtvarianz der Tendenzdaten aller drei Zeitpunkte innerhalb der jeweiligen TYP-Gruppe. Die Varianzquelle Klient in(nerhalb) Therapeut in(nerhalb) TYP mal Zeitpunkt (3) bezieht sich auf die Gesamtvarianz aller Tendenzdaten innerhalb der jeweiligen TYP-Gruppe zu allen drei Zeitpunkten jeweils mit beiden Klienten.

IV.2.4.4. Die Stabilität der Personkonstante TYP (E/K) beim Wechsel des Klienten

Nach Hypothese 4 (vgl. S. 303) ist das Vorgehen des Gesprächspsychotherapeuten unter dem Gesichtspunkt der Emotionalität resp. Kognitivität in erster Linie eine Funktion der Personkonstante TYP mit einer emotionalen und einer kognitiven

Ausrichtung. Demnach bleibt dieser Aspekt des Therapeutenverhaltens beim Wechsel zwischen verschiedenen Klienten stabil und von deren individuellen Differenzen bzw. von der Besonderheit ihrer Problematik relativ unbeeinflusst.

Geprüft wird die Stabilität der therapeutischen Tendenz gegenüber Verschiedenheiten seitens des Klienten am zufälligen Wechsel von einem Klienten (X) zu einem Klienten (Y), wie er in der Praxis gängig ist. Und zwar wird zunächst die in bezug auf eine varianzanalytische Untersuchung gesetzte Erwartung geprüft, daß der Klientenwechsel nur zufällige, vernachlässigbare Datenänderungen mit sich bringt und an der TYP-Zugehörigkeit des einzelnen Therapeuten nichts Wesentliches ändert.

Im Rahmen der Varianzanalyse der subjektiven Tendenzdaten (Fragebogen) erfolgt diese Prüfung am Verhältnis der durch den TYP E/K bedingten Varianz zur Varianz innerhalb des TYP, die durch den Wechsel von Klient X zu Klient Y bedingt ist. Ist letztere bedeutungslos, so heißt das, daß es für die Aufteilung der Daten nach TYP E resp. K gleichgültig ist, ob die Therapeuten nur durch Daten an einem Klienten repräsentiert sind, oder ob Daten eines zweiten Klienten dazukommen (vgl. Abb. Nr. IV.9, S.337 f).

Im Rahmen der Varianzanalyse der Rating-Daten der Therapeutengruppe (Klient X, Klient Y) wird der Klient als eigener Einflußfaktor geprüft. Ist dieser bedeutungslos - während der Einfluß des Faktor TYP E/K über alle Daten bedeutsam ist (vgl. Kap. IV.2.3.) -, so heißt das ebenfalls, daß der Klientenwechsel für die Aufteilung der Daten nach TYP E/K gleichgültig ist.

Wie Abbildung Nr. IV.9a) (S. 337) zu entnehmen ist, wird durch den Klientenwechsel in keinem Fall eine merklich über die individuelle Streuung der Therapeuten hinausgehende Datenstreuung erzeugt. Demnach hat also der Wechsel von einem Klienten X zu einem Klienten Y weder bei den subjektiven Tendenzdaten, noch bei den objektiven Rating-Daten einen Einfluß auf die jeweilige TYP-Zugehörigkeit des Therapeuten.

Dieser Befund spricht gegen eine häufige Vorstellung, die die Charakterisierung der GPT als k l i e n t z e n - t r i e r t damit verbindet, daß nicht die Persönlichkeit des Therapeuten, sondern die Besonderheit und Problematik des Klienten ausschlaggebend für das Therapeutenverhalten sei. Desgleichen spricht der Befund gegen das Selbstverständnis des Gesprächstherapeuten, daß Gehalt und Qualität seiner Verbalisierungen nicht durch eigene persönliche Neigungen, sondern durch den Gehalt und die Qualität des Klientenerlebens bestimmt seien.

Die Varianzanalyse ergänzend, werden die Korrelationen zwischen den Tendenzdaten bei Klient X und den Tendenzdaten bei Klient Y geprüft. Über die Stabilität des Therapeuten-TYP (E resp. K) hinaus läßt sich so die Enge des Zusammenhanges zwischen den jeweiligen TYP-Ausprägungen bei verschiedenen Klienten testen.

Die Enge des Zusammenhanges zwischen den Tendenzdaten bei Klient X und den Tendenzdaten bei Klient Y wird an folgenden Datenstichproben geprüft (vgl. Abb. Nr. IV.10a), S.

- a) Korrelation zwischen den Selbsteinschätzungen des Therapeuten bei Klient X und Klient Y, und zwar gemessen am Differenzwert (emotionale Wertkomponente minus kognitive) im mittleren Kontakt, abgekürzt: D Mi Th (Kl X) und D Mi Th (Kl Y) und gemessen
- b) am Durchschnitt aller Tendenzwerte (Differenzwerte) über alle Zeitpunkte, Selbst- und Fremdeinschätzungen gemittelt; ($\emptyset$ D Kl X; $\emptyset$ D Kl Y)
- c) Korrelation zwischen den Ratings der therapeutischen Tendenz bei Klient X und bei Klient Y, gemessen am Durchschnitt der Differenzwerte über die drei Therapiekontakte, abgekürzt: D Kl X und D Kl Y.

Wie Abbildung Nr. 10b), §. 339 zu entnehmen ist, sind die Korrelationen zwischen den Tendenzdaten bei einem Klienten X und den Tendenzdaten bei einem anderen Klienten Y bei den objektiven Verhaltensbeurteilungen signifikant, und zwar gemessen am Pearson-Kendall- und am Spearman-Korrelations-Koeffizienten, also unabhängig davon, ob Intervallskalen-Nivea

vorausgesetzt wird oder Ordinalskalenniveau. Demnach besteht im Hinblick auf die objektiven, von außen wahrnehmbaren Merkmale des Therapeutenverhaltens ein so enger Zusammenhang zwischen den Tendenzeinschätzungen bei verschiedenen Klienten, daß er sich über die Tendenzrichtung hinaus auch auf die jeweilige Position eines Therapeuten innerhalb seiner Tendenzgruppe TYP E resp. TYP K erstreckt.

Hingegen ist dieser Zusammenhang bei den Selbst- und Fremdeinschätzungsdaten nicht aufzufinden. Obwohl auch im subjektiven Selbst- und Fremderleben die Therapeuten ihre TYP-Zugehörigkeit bei Klientenwechsel nicht verändern, scheint die A u s p r ä g u n g der jeweiligen Ausrichtung im subjektiven Erleben der Interaktionspartner bei zwei verschiedenen Klienten weniger stark durch den Reaktions-TYP des Therapeuten determiniert zu sein, als das tatsächliche Verhalten.

Abbildung Nr. IV.9: Einfluß des Klientenwechsels auf die Tendenzdaten

Abbildung Nr. IV.9a): Klientenbedingte Streuung - Fragebogendaten

Varianzquelle		Mean-Squares			
		em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
Ther. in TYP	(1)	50.68	100.65	137.58	27
Kl. in Th. in TYP	(2)	83.37	107.47	214.96	29

Prüfvarianzen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		0.608 ns	0.937 ns	0.64 ns	27 / 29

Erläuterung zu Abb. Nr. IV.9 a):

Varianzquelle (1) und (2) beziehen sich beide auf jeweils ein Maß der Streuung der Daten der Subjekte innerhalb. Bei (1) ist jeder Therapeut nur durch einen Durchschnittswert pro Datenerhebungssituation vertreten, bei (2) ist jeder Therapeut durch jeweils zwei Maße, eines bei K1 X und eines bei K1 Y, vertreten. Der F-Wert prüft das Verhältnis beider Varianzen, also ob durch die Messung an zwei verschiedenen Klienten eine bedeutsame Veränderung der Varianz erzeugt wird.

Abbildung Nr. IV.9 b): Klientbedingte Streuung: Rating-Daten der Stichprobe (Klient X/Klient Y)

Varianzquelle		Mean-Squares			DF
		em. Komp.	kog. Komp.	Differenz	
Faktor Klient (X/Y)	(1)	0.155	3.88	5.58	1
Klient X Ther. (innerhalb)	(2)	23.92	19.73	84.34	27
Prüfvarianzen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		0.006 ns	0.197 ns	0.127 ns	1 / 27

Erläuterung zu Abb. IV.9 b):

Bei der Varianzanalyse der Gesprächsratings wird K1 X und K1 Y als Faktor behandelt, der durch Zweifachmessung bei allen Therapeuten entsteht. Der dadurch bedingte Varianzanteil wird im Verhältnis zur Varianz der Subjekte innerhalb der Gruppen geprüft.

Abbildung Nr. IV.10: Die Parameter und die Korrelationen zwischen den Tendenzwerten bei Klient X und bei Klient Y anhand der Fragebogendaten und der Daten des Rating bei Klientwechsel (Gruppe (K1 X/K1 Y))

Abbildung Nr. IV.10a): Die Parameter: Mittelwerte und Standardabweichungen

Stichprobe	Variable	Anzahl d. Fälle	Mittelwerte	Standardabweichungen
Fragebogen	DMiTh(K1X) ⁺	29	- 1.5517	6.6900
	DMiTh(K1Y)	29	- 0.7931	6.9507
	Ø D K1 X	29	- 1.7644	6.3880
	Ø D K1 Y	29	- 0.6724	6.7629
Rating-Gruppe (K1 X/ K1 Y)	D K1 X	29	1.3103	8.4562
	D K1 Y	29	0.6897	8.1289

+ Die Abkürzungen sind erläutert auf S. 336

Abbildung Nr. IV.10b): Die Korrelationen zwischen den Tendenzwerten bei Klient X und den Tendenzwerten bei Klient Y

Stichprobe	Variablen	Kovarianz	Pearson-Korr.	p	Kendall-korr.	p	Spearman-Korr.	p
Fragebogen	DMiTh(K1X) x DMiTh(K1Y) ⁺	7.29	0.1569	0.20	0.079	0.27	0.129	0.25
	Ø D K1 X x Ø D K1 Y	6.78	0.1570	0.20	0.107	0.21	0.190	0.16
Rating-Gruppe (K1 X/K1 Y)	DK1X x DK1Y	23.31	0.339	0.03 s	0.226	0.04 s	0.383	0.02 s

+ Das Zeichen 'x' steht für 'korreliert mit ...'

IV.2.4.5. Das Zusammenwirken von Personkonstante TYP (E/K), Zeitpunkt, Klient und Beurteiler

Die Untersuchung der einzelnen Einflußfaktoren auf die Tendenzdatenverteilung hat so weit erwiesen, daß innerhalb des Klientenzentrierten Vorgehens von der gefühlszentrierten Interaktion eine kognitive Alternative deutlich unterscheidbar ist, daß diese im wesentlichen nur durch persönliche Interaktionspräferenz - gefaßt als Therapeuten TYP - bestimmt ist und über die verschiedenen Therapiezeitpunkte bzw. über individuelle Differenzen zwischen verschiedenen Klienten hinweg stabil bleibt, und daß die Vorgehensalternative vom Therapeuten selbst und vom Interaktionspartner (Klient) gleichgerichtet und gleichermaßen erfahren wird. Zu prüfen sind nun noch alle Möglichkeiten, daß zwei oder mehrere Faktoren gemeinsam die therapeutische Tendenz beeinflussen.

Beispielsweise wäre vorstellbar, daß der Beurteiler (Therapeut oder Klient) in Zusammenhang mit einem der Klienten einen Einfluß ausübt (Wechselwirkung zwischen Beurteiler (Therapeut/Klient) und Klient (X/Y)), daß der Therapiezeitpunkt im Zusammenhang mit dem Klienten eine Rolle spielt (Wechselwirkung zwischen Klient (X/Y) und Zeitpunkt (A/M/E)), oder daß der Beurteiler im Zusammenhang mit einem bestimmten Therapiezeitpunkt Einfluß auf die Tendenzdaten hat (Wechselwirkung zwischen Beurteiler (Therapeut/Klient) und Zeitpunkt (A/M/E)).

Die verschiedenen Möglichkeiten des Zusammenwirkens eines oder mehrerer Einflüsse werden im Rahmen der Varianzanalyse anhand der Wechselwirkungen der verschiedenen Faktoren geprüft.

Abbildung Nr. IV.11a), b), c), S. 341 f geben einen Überblick über die Prüfwerte der Wechselwirkungen.

Die Prüfung zeigt, daß die gemeinsamen Einflüsse der in die Analyse einbezogenen Faktoren gemessen am Differenzwert aus den Komponenten der Tendenzwertpaare in keinem Fall bedeutsam sind.

Einen trendartigen Einfluß üben die Wechselwirkungen der Faktoren TYP (E resp. K) und Beurteiler (Therapeut resp. Klient) auf den einzelnen Komponenten der Tendenzwertpaare aus (5% < α < 10%). Insofern jedoch die vorangehende Analyse den in allen Situationen sehr starken Einfluß des Faktors TYP (TYP E resp. TYP K) und die rein zufällige Wirkung des Faktors Beurteiler (Therapeut resp. Klient) erwiesen hat, bringt ein noch interpretierbarer Einfluß der Wechselwirkung zwischen Faktor TYP und Faktor Beurteiler keine neuen Aspekte in die Untersuchungsbefunde insgesamt.

Abbildung Nr. IV.11: Die Wechselwirkungen aller in die Varianzanalyse einbezogenen Faktoren

Abbildung Nr. IV.11a): Die Wechselwirkungen der Faktoren aus der Varianzanalyse der Fragebogendaten

Varianzquelle	Mean-Square			
	em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
TYP Wechselwirk. mit (=x) Beurteiler (1)	5.43	3.38	0.24	1
TYP x Zeitpkt. (2)	1.54	0.95	3.05	2
Beurteiler x Zeitpunkt (3)	0.32	0.01	0.24	2
(Ther.in TYP) x Beurteiler (4)	1.11	0.83	1.70	27
(Ther.in TYP) x Zeitpunkt (5)	0.98	1.29	2.14	54
(Ther.in TYP) x Beurt. x Zeitpkt. (6)	1.06	1.29	2.87	54

Prüfvarianzen	F-Werte			
1 im Verh. zu 4	4.88 ⁺ Trend	4.05 ⁺ Trend	0.14	1 / 27
2 im Verh. zu 5	1.55	0.73	1.42	1 / 54
3 im Verh. zu 6	0.30	0.09	0.08	1/ 54

+) p liegt in diesen Fällen zwischen 0.5 und 0.10. Der Festlegung der Signifikanzen gemäß (S. 299) gilt dies als trendartiger Einfluß.

Abbildung Nr. IV.11b): Die Wechselwirkungen der Faktoren
aus der Varianzanalyse des Gesprächs-
ratings für den Therapieverlauf

Varianzquelle		Mean-Square			
		em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
TYP x Zeitpkt.	(1)	6.63	2.83	15.54	2
Zeitpkt. x (Subj. innerhalb)	(2)	11.62	8.08	18.11	56
Prüfvarianzen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		0.57	0.35	0.85	2 / 56

Abbildung Nr. IV.11c): Wechselwirkungen der Faktoren aus der
Varianzanalyse des Gesprächsratings
für den Klientenwechsel

Varianzquelle		Mean-Square			
		em.Komp.	kog.Komp.	Differenz	DF
TYP x Klient	(1)	1.277	64.85	84.34	1
Klient x Subj. (innerhalb)	(2)	23.92	19.73	44.04	27
Prüfvarianzen		F-Werte			
1 im Verh. zu 2		0.05	3.28	1.91	1 / 27

IV.2.4.6. Die Personkonstante TYP (E resp. K) und die Persönlichkeitsdimension Extraversion

Ausgehend von der Bestätigung der Kernhypothesen zur Stabilität und zum Einfluß der Personkonstante TYP (E resp. K) vermutet Hypothese 5 einen Zusammenhang zwischen emotionalem resp. kognitivem TYP und der Persönlichkeitsdimension Introversion/Extraversion nach Eysenck. Demnach tendieren Therapeuten des TYP K näher zum extravertierten Pol und Therapeuten des TYP E näher zum introvertierten Pol.

Diese Vermutung wird geprüft anhand des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman (vgl. Thiede und Voss 1979, S. 107 ff.) zwischen dem Rang jedes Therapeuten der Fragebogenuntersuchung auf der therapeutischen Tendenz in Richtung kognitiven Pol - gemessen am Differenzwert der beiden Wertpaarekomponenten des Fragebogens 'Standardsituationen' (A1) - und seinem Rang auf der Dimension Extraversion - gemessen an den Selbsteinschätzungen der E-Skala des EPI (vgl. Eggert 1971/1974). Die Verteilungsparameter der Extraversionswerte und die Rangkorrelation gibt Abbildung Nr. IV.12, S. 345 wieder.

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \approx 0.20$ für RSP $\text{korr} = 0.16$ wird die Nullhypothese beibehalten, da für Hypothese 5 keine Signifikanz nachgewiesen ist. Obwohl also die bisherige Untersuchung deutlich gemacht hat, daß die jeweils realisierte therapeutische Interaktion in bezug auf Emotionalität resp. Kognitivität vorwiegend vom TYP (E resp. K) als Personkonstante des Therapeuten bestimmt ist, während der Zeitpunkt der Therapie und Differenzen bei unterschiedlichen Klienten keinen merklichen Einfluß darauf haben, ist ein ausreichend bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Tendenz-TYP und der Persönlichkeitsdimension Extraversion nicht nachzuweisen.

Möglicherweise gibt es - jenseits der Extraversionsdimension - eine allgemeine persönliche Neigung, eher 'kopfbetont' oder aber stärker 'gefühlslbetont' zu reagieren, die durch die Dimension E/I nicht angemessen erfaßt wird.

Ein im Theorieteil diskutiertes Argument für die in Hypothese 5 geäußerte Vermutung bezieht sich auf die Bipolarität und auf den grundlegenden Charakter der Persönlichkeitsdimension E/I (vgl. Teil A, Kap. I, Abschn. 5), die sich nach Eysenck in allen weiteren individuellen Differenzen als Grundtönung geltend macht. Wenn es jedoch eine - jenseits der Extraversion bzw. 'quer' dazu verlaufende - persönliche Grundkonstante im Sinne der 'Gefühls'- resp. Kopfzentriertheit gibt, wäre damit die Eysenck'sche Persönlichkeitsstruktur in der von ihm beanspruchten Allgemeingültigkeit in Frage gestellt. Das nicht-wissenschaftliche Erfahrungswissen deutet in diese Richtung. Es 'kennt' s o w o h l die Differenz zwischen gefühlsbetonten und kopfbetonten Menschen, a l s a u c h die Differenz zwischen 'nach innen gekehrten' und 'nach außen gekehrten' 'Typen'. Beide Charakterdimensionen sind relativ unabhängig voneinander denkbar und können in allen möglichen Kombinationen vorkommen.

Eine weitere mögliche Mitbegründung für den geringen Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zum Interaktions-TYP (E/K) deutet sich darin an, daß a l l e Gesprächstherapeuten der Untersuchung, also die des TYP E u n d die des TYP K im Vergleich zur Eichstichprobe einen höheren Extraversionsmittelwert erzielen (s. Abb. Nr.IV.12; vgl. dazu Eggert 1971, S. 32; dort ist für männlich 12.49, für weiblich 12.47 als Mittelwert angegeben).

Angeichts der Zusammenhänge zwischen allgemeiner psychischer Stabilität und Extraversion, wie sie in einigen Untersuchungen aufgedeckt wurden (vgl. Eckert 1974, Bommert 1972), könnte dies dahingehend interpretiert werden, daß alle Therapeuten aufgrund erhöhter psychischer Stabilität im Vergleich zum Durchschnitt einen höheren E-Wert erzielen. In diesem Falle wäre also "psychische Stabilität" der Therapeuten eine intervenierende Variable, die ohne Kontrolle den Zusammenhang zwischen dem Reaktions-TYP (E resp. K) und der Persönlichkeitsdimension Extraversion beeinflusst.

Da die möglichen Ursachen durch die Untersuchung nicht entscheidbar sind, ist abschließend festzuhalten, daß die Vermutung eines Zusammenhanges zwischen der persönlich bedingten therapeutischen Interaktionstendenz (TYP E/TYP K) und der Persönlichkeitsdimension mit den Polen Extraversion und Introversion im Rahmen dieser Untersuchung nicht erhärtet wird, und daß die Frage selbst nicht endgültig beantwortet werden kann.

Abbildung Nr. IV.12: Rangkorrelation zwischen TYP (E/K) und Extraversion - subjektive Selbst- und Fremdeinschätzungen

Parameter

	Mittelwert Extraversion	Standard- abweichung
TYP E	14.27	4.32
TYP K	14.36	3.47
Gesamt	14.31	3.95

$$R_{\text{sp korr.}} = 0.16$$

$$p \approx 0.20$$

Erläuterungen:

$R_{\text{sp korr}}$ ist der korrigierte Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman. Nach Thiede und Voss (1979, S. 65) kompensiert die Korrektur die mehrfachen Bindungen.

An der Form $RSP_{\text{korr}}^{N-1} = 0.85$, die annähernd normalverteilt ist, läßt sich die Signifikanz aus der Tabelle für Normalverteilungen abschätzen (vgl. Thiede u. Voss 1979, S. 108).

IV.2.4.7. Der TYP (E resp. K) des Therapeuten im Verhältnis zum Erlebensbereich, auf den sich die Veränderungen seitens des Klienten beziehen

Hypothese 6 (S. 304) vermutet, daß Therapeuten der kognitiven (resp. emotionalen) Tendenz ausgeprägtere Veränderungen der Bezugnahme des Klienten auf den kognitiven (resp. emotionalen) Erlebensbereich erzielen. Sie bezieht damit die therapeutische Tendenz auf die Veränderung des Erlebensbezuges des Klienten. Es handelt sich dabei um die Veränderung der Stellung des Klienten zu seiner Erlebensunmittelbarkeit mit dem negativen Pol: 'Kurzgeschlossenheit in der Erlebensunmittelbarkeit' und dem positiven Pol: 'reflexiv-objektivierende Bezugnahme auf die unmittelbar erlebten Gehalte'.

Das der therapeutischen Tendenz zugrundeliegende Interaktionsmodell begründet die Veränderungen vom negativen zum positiven Pol des Erlebensbezuges als Funktion der klientenzentrierten Verbalisierung, die sich prinzipiell auf emotionale und kognitive Erlebensgehalte bezieht.

Zur Testung der Hypothese 6 anhand der subjektiven Schätzdaten werden die Therapeuten des TYP E und des TYP K jeweils in bezug auf die erzielten Ausprägungen des Klientenmerkmals bei den behandelten Klienten verglichen:

- a) anhand der jeweils erzielten Veränderungen im Bezug des Klienten auf emotionales Erleben (Mittelwertevergleich Ver. (änderung)emot(ional))
- b) anhand der jeweils erzielten Veränderungen im Bezug des Klienten auf kognitives Erleben (Mittelwertevergleich Ver. kog.).

Zur Testung der Hypothese anhand der Rating-Daten werden analog die Veränderungen des Erlebensbezuges des Klienten im Therapieverlauf - gefaßt als mittlere Differenz zwischen der Ausprägung des Klientenmerkmals im Endkontakt und der Ausprägung im Anfangskontakt - in bezug auf emotionales resp. kognitives Erleben bei den Therapeuten des TYP E verglichen mit den Veränderungen bei den Therapeuten des TYP K. Die jeweiligen t-Werte und die Signifikanzen zeigt Abbildung Nr. IV.13, S. 348.

Bei allen t-Werten bewegt sich die Irrtumswahrscheinlichkeit p zwischen 0.25 und 0.50, es sind also keine signifikanten Differenzen zwischen den zwei Therapeuten-TYPen nachgewiesen.

Die Vermutung, daß Therapeuten, die in ihrer empathischen therapeutischen Haltung stärker emotional (TYP E) resp. kognitiv (TYPE K) geprägt sind und bevorzugt emotionale resp. kognitive Momente der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten verbalisieren, der jeweiligen Präferenz entsprechend ein höheres Maß an Veränderungen des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten auf emotionales resp. kognitives Erleben bewirken, erscheint zwar naheliegend, trifft jedoch nicht den empirischen Sachverhalt.

Dessen Prüfung zeigt ganz im Gegenteil, daß a l l e Klienten u n a b h ä n g i g von der Interaktionstendenz des behandelnden Therapeuten gleichermaßen positive Veränderungen im kognitiven und im emotionalen Erlebensbereich erfahren. Und zwar sowohl im Verlauf der Therapie - gemessen an den Ratings der Klientenäußerungen im Therapiegespräch - als auch in Situationen außerhalb der Therapie nach deren Abschluß - gemessen an den Selbsteinschätzungen der vom Klienten erlebten Veränderungen nach abgeschlossener Therapie.

Der fehlende Zusammenhang zwischen Emotionalität resp. Kognitivität auf seiten des Therapeuten und entsprechenden Veränderungen auf seiten der Klienten enthält ein weiteres Argument gegen die Überbewertung des gefühlsfixierten klientenzentrierten Vorgehens und gegen die Gleichsetzung persönlich bedeutsamen Erlebens mit emotionalen Gehalten. Er läßt sich aus dem Gehalt des Klientenmerkmals dadurch erklären, daß es sich um den (Wieder-)Erwerb und die Einübung einer prinzipiellen bezugnehmenden Stellung des Klienten zu sich selbst als Erlebenden bzw. zu seinen Erlebensgehalten geht, die sich am emotionalen und am kognitiven Erleben vollzieht.

Abbildung Nr. IV.13: Vergleich der von TYP E erzielten Veränderungen mit den von TYP K erzielten Veränderungen jeweils in bezug auf den emotionalen (Ver.emot.) und auf den kognitiven Erlebensbereich (Ver.kog.): Mittelwerte und t-Werte

Abbildung Nr. IV.13a): Die Mittelwerte

	Rating-Daten			Fragebogen-Daten	
	TYP E	TYP K		TYP E	TYP K
Ver.emot.	4.77	4.20	:	9.25	8.0
Ver.kog.	4.31	4.30	:	8.97	9.73

Abbildung Nr. IV.13b): Die t-Werte (nach dem Test für unabhängige Stichproben)*

Vergleich TYP E/TYP K	Fragebogendaten		Rating-Daten	
	t-Wert	Signifikanz	t-Wert	Signifikanz
Ver.emot.	0.848	p > 0.25 ns	0.506	p > 0.25 ns
Ver.kog.	0.528	p > 0.25 ns	0.01	p > 0.25 ns

* Die Voraussetzungen für t-Teste in bezug auf die Datenverteilungen sind in Abschnitt IV.2.3.2. diskutiert. Die p-Werte für die maximalen Abweichungen von der theoretischen Normalverteilung (nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test) sind Anhang 13 d) zu entnehmen, die Standardabweichungen aller Klientenmerkmalsverteilungen enthält Anhang 14 d).

IV.2.4.8. Zusammenfassung: Emotionalität respektive Kognitivität - die klientenzentrierte Praxis als Funktion der Therapeutenpersönlichkeit

Die Befunde zur therapeutischen Tendenz enthalten eine umfassende Bestätigung der Kernhypothesen 1 - 4 und bestärken damit das den Hypothesen zugrundeliegende GPT-Modell. Zugleich werden einige der vorfindlichen theoretischen Positionen von seiten der Empirie - d.i. der tatsächlichen Praxis - zumindest in Zweifel gezogen. Insbesondere erhält der kognitiv orientierte theoretische Standpunkt mit seiner Kritik an der Überbetonung des Emotionalen in der traditionellen GPT empirische Belege einer kognitiven, gleichwertigen Interaktionsalternative. So machen die Befunde deutlich:

1. daß ca. 40% der in die Untersuchung einbezogenen praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten eine kognitiv geprägte klientenzentrierte Interaktionstendenz (TYP K) realisieren und sich darin in einem Maße von den ca. 60% gefühlszentriert arbeitenden Therapeuten (TYP E) unterscheiden, das durch bloß zufällige individuelle Abweichungen nicht erklärbar ist,
2. daß die jeweils im konkreten therapeutischen Kontakt realisierte klientenzentrierte Interaktion in bezug auf Emotionalität versus Kognitivität eine Funktion der persönlich bedingten, überdauernden Reaktionspräferenz (TYP E/ TYP K) ist, die sich in allen Datenerhebungssituationen bzw. Therapiegesprächen Geltung verschafft,
3. daß die jeweils realisierte Tendenzrichtung bzw. die inhaltlichen und haltungsmäßigen Differenzen zwischen emotionaler und kognitiver Reaktionstendenz mit hoher Übereinstimmung vom Therapeuten selbst und von seinem jeweiligen Interaktionspartner (Klient) erlebt und wahrgenommen werden, und daß die Differenz zwischen emotionaler und kognitiver Tendenz von einem unbeteiligten neutralen Beobachter wahrgenommen und beurteilt werden kann,

4. daß der Zeitpunkt im Verlauf der Therapie (An,Mi,En) keinen bedeutsamen Einfluß auf die jeweils im therapeutischen Kontakt realisierte therapeutische Tendenz hat; d.h., daß Therapeuten des TYP E über den ganzen Therapieverlauf hinweg vorwiegend gefühlszentriert auf den Klienten eingehen, während die Therapeuten des TYP K über den gesamten Therapieverlauf primär kognitiv auf den Klienten eingehen ,
5. daß ein Klientenwechsel, wie er in der Praxis stattfindet, keinen bedeutsamen Einfluß auf die jeweils im therapeutischen Kontakt realisierte therapeutische Tendenz hat; d.h., daß Therapeuten des TYP E bei einem Wechsel von Klient X zu Klient Y ihre emotionale Ausrichtung beibehalten, während Therapeuten des TYP K ihrer kognitiven Tendenz 'treu bleiben',
6. daß die von außen eingeschätzten Tendenzwerte des Therapeuten bei einem Klienten X korrelieren mit den Tendenzwerten des Therapeuten bei einem Klienten Y. D.h., die Therapeuten bleiben sich nicht nur innerhalb ihres TYP (E resp. K) treu, sondern halten auch weitgehend ihre jeweilige Intra-TYP-Position bei Klientenwechsel.
7. Die Annahme, daß es sich um Parallelen zwischen der Personkonstante Emotionalität resp. Kognitivität und der Eysenck'schen Persönlichkeitsdimension Extraversion/Introversion handelt, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht erhärtet werden. Angesichts der möglichen nicht kontrollierten intervenierenden Variablen muß diese Fragestellung als nicht endgültig geklärt offen bleiben.

Mit diesen Befunden zur therapeutischen Tendenz werden zugleich einige Auffassungen, die naheliegend scheinen und/oder theoretisch vertreten werden, in Zweifel gezogen. So die Auffassungen:

- o daß klientenzentriertes Vorgehen per se bzw. per Methode immer schon gefühlszentriert sei bzw. sein müsse (diese Auffassung der klientenzentrierten Therapie als verbal-emotionale Interaktion, bei der der Therapeut den Klienten

ten durch das empathische Verbalisieren emotionalen Erlebens seinen innersten Gefühlen näherbringt, ihm diese erlebbar macht usw., ist für die Evaluation der Praxis und die (offiziell formulierte) Ausbildung noch immer vorherrschend),

- o daß kognitiv geprägte klientenzentrierte Interventionen höchstens in den Anfangskontakten vorkämen und mit fortschreitender Therapie mehr und mehr den 'tieferen' gefühlszentrierten Verbalisierungen des emotionalen Erlebens des Klienten wichen,
- o daß persönliche Reaktionspräferenzen für klientenzentriertes Eingehen auf den Klienten keine entscheidende Rolle spielten gegenüber der Besonderheit des Klienten bzw. seiner Äußerungen als 'Wegweiser' für die Reaktionen des klientenzentrierten Therapeuten
- o daß etwaige Unterschiede im klientenzentrierten Vorgehen zwischen den einzelnen Gesprächspsychotherapeuten rein zufällig und individuell seien (im Sinne des 'es gibt so viele Vorgehensweisen wie Therapeuten') ohne systematische, definierbare Diskriminationskriterien.

IV.3. Die Befunde zum Klientenmerkmal: Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges in der klientenzentrierten Interaktion

IV.3.1. Ausgangspunkt und Untersuchungsannahmen

Das die kognitive Tendenz begründende GPT-Modell (siehe Teil A, Abschn. II.3.) zentriert sich um die therapeutische Funktion des klientenzentrierten Verbalisierens als zugleich erlebensreaktivierende und -objektivierende Erlebensveräußerung, die sich am emotionalen und am kognitiven Erleben des Klienten gleichermaßen vollzieht. Diese therapeutische Funktion bewirkt eine neue Dimension der Veränderungen auf seiten des Klienten: Indem dieser auf die verbalisierte, veräußerte

Spiegelung seines Erlebens eingeht, d.h. als Antwort auf die Verbalisierung Selbstexploration betreibt, nimmt er selbst reflexiv-objektivierenden Bezug auf sein zugleich (re-)aktiviertes unmittelbares Erleben. Im Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration übt der Klient diese bezugnehmende Stellung zu sich und seinem Erleben. Er löst sich damit mehr und mehr vom negativen Pol des Klientenmerkmals - der 'Kurzgeschlossenheit' im unmittelbaren Betroffenheitserleben - und nähert sich progressiv dem positiven Merkmalspol - der reflexiven Selbst- und Erlebensbezugnahme.

Dem Modell gemäß ist diese progressive Bewegung vom negativen zum positiven Merkmalspol eine wesentliche Komponente des innertherapeutischen Fortschrittes und der psychischen Stabilisierung in außertherapeutischen Belastungssituationen bzw. nach Therapieabschluß. Wichtig ist dabei die Konzeption einer Reflexivität und Erlebensobjektivierung, welche sich auf g l e i c h z e i t i g reaktiviertes Erleben bezieht. Darin unterscheidet sich die Dimension grundlegend von bestehenden Konzeptionen der klientenzentrierten Wirksamkeit, die in der Regel zwischen Erlebensobjektivierung und reflexiver Distanzierung einerseits, der Erlebensunmittelbarkeit auf der anderen Seite einen Gegensatz aufmachen, so daß Selbst- und Erlebensreflexivität den Anschein gewinnt, mit der klientenzentrierten Interaktion unvereinbar zu sein.

Im Zentrum der Untersuchung des Klientenmerkmals steht die Annahme, daß klientenzentrierte Therapie auf seiten des Klienten eine Veränderung vom negativen Pol des Klientenmerkmals hin zum positiven Merkmalspol bewirkt, und daß diese Veränderung innerhalb der therapeutischen Interaktion eine Funktion der Anzahl der Therapiekontakte ist. Darüber hinaus wird ansatzweise auch die Erwartung geprüft, daß die Veränderungen zum positiven Merkmalspol an Langzeitwirkungen der Therapie beteiligt ist.

IV.3.2. Reflexivität der Selbst- und Erlebensbezugsnahme als Langzeitwirkung klientenzentrierter Psychotherapie

Die angenommene Veränderung des Klientenmerkmals in Richtung positiver Merkmalspol schließt eine, über die therapeutische Interaktion hinausgehende, prinzipielle Fähigkeit des Klienten ein, reflexiv-objektivierend auf sich selbst und sein unmittelbares Erleben Bezug zu nehmen, enthält also eine Komponente der Langzeitwirkung klientenzentrierter Interaktion. Diese Langzeitwirkung wird anhand des 'Fragebogen für den Klienten nach abgeschlossener Therapie (siehe Anhang 4) untersucht.

Der Fragebogen formuliert der neuen Dimension entsprechend Statements über die Veränderungen im Erleben und Verhalten des Klienten im Vergleich zum Zustand vor der Therapie. Es handelt sich um Aussagen, die das Moment des reflektierten, kontrollierteren und relativierenderen Selbst- und Erlebensbezugs in den Vordergrund stellen im Vergleich zum 'Verfangen-sein' im eigenen unmittelbaren Fühlen und Denken. Die Klienten müssen bei der Bewertung der Items selbst den Vergleich zu ihrem Erleben und Verhalten vor der Therapie ziehen. Jeder Klient erhält ein Maß für die Ausprägung der erlebten Veränderungen, das aufgrund der Zusammenstellung der Skala aus gleichwertigen und gleichvielen 'emotionalen' und 'kognitiven' Items aufgeschlüsselt werden kann in Veränderungen in bezug auf das emotionale Erleben einerseits, Veränderungen in bezug auf das kognitive Erleben andererseits. Da eine Merkmalserhebung vor der Therapie nicht vorliegt, ist diese Langzeitveränderung nicht statistisch untersuchbar.

Die weit über 0 hinausgehenden Werte auf dieser Skala bei allen Klienten (siehe Datentabelle im Anhang, A 11), enthalten vorläufige, augenscheinliche Hinweise auf die Bedeutsamkeit der Dimension für langfristige Wirkungen nach abgeschlossener Therapie im außertherapeutischen Erleben und Verhalten. Lediglich in zwei Fällen aus 58 werden die Statements - also die ausgesprochenen Veränderungen im Erleben und Verhalten - insgesamt als eher nicht zutreffend beurteilt (- 1). Auch in diesen Fällen trifft die insgesamt eher ab-

lehrende Beurteilung jedoch nur einen - den emotionalen - Erlebensbereich. Demgegenüber fällt bei denselben Klienten die Beurteilung der Statements über die Veränderungen in bezug auf den kognitiven Erlebensbereich deutlich positiv aus (+ 10 und + 12).

Diese vorläufigen Hinweise auf die Relevanz der Dimension für therapeutische Langzeiteffekte sind insofern von Interesse, als ihre weitere Erforschung und statistische Absicherung bestehende Diskrepanzen zwischen den konzeptgemäßen klientenzentrierten Erfolgskriterien bzw. den Veränderungen innerhalb der therapeutischen Interaktion und empirisch abgesicherten allgemeinen Kriterien der psychischen Stabilisierung im Sinne der Problemlösefähigkeit und Selbstkontrolle aufklären könnte. Denn zwischen der durch den positiven Pol des Klientenmerkmals definierten Veränderung als Funktion der klientenzentrierten Interaktion und den kognitiven Voraussetzungen für die Bewältigung von Belastungen außerhalb der Therapie besteht ein innerer folgerichtiger Zusammenhang:

Die im Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration angeeignete reflexiv-objektivierende Erlebensbezugnahme ist auch ausschlaggebend für Selbstkontrolle und Konfliktbewältigung.

IV.3.3. Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten als Funktion fortschreitender klientenzentrierter Therapie

Die Hypothese zum Verlauf des Klientenmerkmals behauptet, daß der Selbst- und Erlebensbezug des Klienten mit fortschreitender Therapie deutlich reflexiveren Charakter im Sinne des positiven Merkmalspols annimmt. Ein solcher Verlauf des Klientenmerkmals ergibt sich als sachimmanente Funktion der klientenzentrierten Interaktion und gilt demnach

für jede ohne Abbruch abgeschlossene Therapie und für den Bezug des Klienten auf den emotionalen und den kognitiven Erlebensbereich gleichermaßen.

Die Beurteilung der Therapien als erfolgreiche nach anderen Erfolgskriterien spielt zunächst keine Rolle, so daß zur Prüfung des Verlaufs des Klientenmerkmals die Klientendaten der erfolgreichen und der nicht-erfolgreichen Therapien gemeinsam verarbeitet werden.

Zur Prüfung des Anstieges des Klientenmerkmals werden die Mittelwerte jeweils zwischen Mitte- und Anfangskontakt und zwischen End- und Mittekontakt verglichen: die Mittelwertdifferenzen - das statistische Maß für die Merkmalsveränderungen - werden anhand eines t-Tests auf Signifikanz geprüft. Die Veränderungen bezogen auf den emotionalen Erlebensbereich und auf den kognitiven Erlebensbereich werden getrennt geprüft (vgl. Abb. Nr. IV.14, S.356 f).

Die resultierenden t-Werte für die Mittelwertdifferenzen jeweils zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapiezeitpunkten sind in jedem Fall der Gesamtstichprobe signifikant bis sehr signifikant. Insgesamt wird also die Annahme zum Verlauf der Veränderung erhärtet.

In bezug auf die theoretische Merkmalsbegründung folgt aus dem bestätigenden Befund, daß das in Teil A abgeleitete GPT-Modell mit der Bestimmung der therapeutischen Tendenz bzw. einer kognitiven klientenzentrierten Alternative zugleich eine Wirkung auf das Erleben und Verhalten des Klienten begründet, die wesentlich am Fortschritt der praktisch-therapeutischen Interaktion beteiligt ist. Und zwar als systematische, progressive Veränderung vom negativen Pol - der 'Kurzgeschlossenheit' in die Erlebensunmittelbarkeit - zum positiven Pol - der reflexiven, objektivierenden Bezugnahme des Klienten auf sich selbst und sein unmittelbares Erleben.

Für den einzelnen Klienten bedeutet das, daß er im zeitlichen Verlauf der Interaktion eine Veränderung seines Selbst- und Erlebensbezuges erfährt, die ihn von der 'Kurzgeschlos-

senheit' im emotionalen und kognitiven Betroffenheitserleben vorwärts trägt zu einer reflektierenden bezugnehmenden Haltung im Moment der Betroffenheit. Vermittelt wird die Veränderung durch die (Wieder-)Aneignung der Fähigkeit, zugleich unmittelbar zu erleben und auf die erlebten Gehalte Bezug zu nehmen, wie sie im Wechselspiel zwischen Verbalisierung des Therapeuten und Selbstexploration des Klienten geübt wird.

Da ein Kontrollgruppenvergleich im Rahmen der Untersuchung nicht durchgeführt wurde, gilt die statistische Absicherung der Veränderung nur für den z e i t l i c h e n Merkmalsverlauf. Die Annahme, daß die therapeutische Interaktion die Veränderung b e w i r k t ist theoretisch durch die Art der Wirksamkeit der klientenzentrierten Interaktion abgeleitet, jedoch nicht in der statistischen Prüfung einbezogen.

In bezug auf traditionelle, gefühlszentrierte Interpretationen der Wirkung klientenzentrierter Therapie ist von Interesse, daß sich die dargestellte Veränderung in Bezug des Klienten auf emotionales Erleben und auf kognitives Erleben gleichermaßen vollzieht. Dem Bereich des Gefühlserlebens kommt hinsichtlich des Ausmaßes an Veränderungen keine besondere Bedeutung zu.

Abbildung Nr. IV.14: Zeitvergleich des Verlaufs des Klientenmerkmals an der Gesamtstichprobe

Abbildung Nr. IV.14 a): Die Mittelwerte

	Anfang	Mitte	Ende
emotionaler Bereich	- 3.43	- 2.22	1.09
kognitiver Bereich	+ 2.65	- 0.61	1.65

Abbildung Nr. IV.14 b): Die t-Werte (nach dem Test für korrelierende Stichproben)⁺

Datenart	Vergleichszeitpunkte	t-Werte	Sign.	DF
emotionaler Bereich	Mitte - Anfang	2.660	s	22
	Ende - Mitte	6.497	ss	
kognitiver Bereich	Mitte - Anfang	4.445	ss	22
	Ende - Mitte	4.419	ss	

+ Zu den metrischen Voraussetzungen für die Verarbeitung des Klientenmerkmals anhand von t-Tests siehe die Diskussion in Abschnitt IV.2.3.2. sowie Anhang A 13 d), A 14 d).

IV.4. Die therapeutische Tendenz und die Selbst- und Erlebensreflexivität des Klienten im Hinblick auf Therapieerfolg

Das den Merkmalen zugrundeliegende Interaktionsmodell konzipiert die kognitive therapeutische Tendenz als gleichermaßen wirksame Alternative zum gefühlszentrierten Vorgehen. Desgleichen ist die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten als sachimmanente Funktion beider Alternativen konzipiert. Damit sind Annahmen über den Zusammenhang zwischen den Therapeuten- resp. Klientenmerkmalen und anderen Kriterien des Therapieerfolges unterstellt, die empirisch geprüft werden:

- a) Die Annahme, daß emotionale und kognitive Realisierung der klientenzentrierten Variablen, also die Gesprächstherapeuten des TYP E und des TYP K gleichermaßen erfolgreich sind gemessen an anerkannten Erfolgskriterien, und
- b) daß die Aneignung des reflexiveren Selbst- und Erlebensbezuges sich auch in anderen positiven Veränderungen auf seiten des Klienten, also gemessen an anderen Erfolgskriterien niederschlägt. Und zwar so, daß erwartungsgemäß alle Klienten, die eine GPT bis zum Abschluß durchführen, einen Anstieg zum positiven Merkmalspol erfahren, daß jedoch bei den als erfolgreich beurteilten Therapien der positive Pol des Klientenmerkmals deutlich stärker ausgeprägt ist als bei den 'nicht-erfolgreichen'.

Das mit Erfolgsforschung verbundene generelle Problem der Festlegung eines 'Erfolgs'kriteriums - viele Kriterien sind umstritten; absolut ist kaum zu entscheiden, was als 'Erfolg' gelten soll, da es sich oft um eine Frage des Ausmaßes einer Qualität handelt, die auch an Mißerfolg beteiligt sein kann - ist insofern ausgeklammert, als die Untersuchung auf eine vorliegende Definition des Therapieerfolges zurückgreift. Die anhand von Gesprächsdokumentationen untersuchten Therapien sind bereits nach Erfolgs- und Mißerfolgstherapien auf-

geteilt, wobei sich Erfolg an einer Reihe von normativen und subjektiven Kriterien bemißt, die Eckert seiner Untersuchung zugrundegelegt hat (vgl. Kap. III, Abschn. 2; vgl. auch Eckert 1974, S. 19 - 21 ff.). Auf diese 'Erfolgs'-Definition bezieht sich die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen dem Therapeuten resp. Klientenmerkmal und Therapieerfolg.

Für den Therapeuten und Klienten der Untersuchung der Merkmale anhand von Fragebogen liegen keine Erfolgsmaße vor. Nach Aussagen der einbezogenen Therapeuten waren *a l l e* Therapien, in denen Daten erhoben wurden, erfolgreich insofern, als sie zur beiderseitigen Zufriedenheit von Klient und Therapeut abgeschlossen wurden.

Daraus kann ein vorläufiger Hinweis entnommen werden, daß die beteiligten Therapeuten des TYP E (emotionale Tendenz) und des TYP K (kognitive Tendenz) im Prinzip gleichermaßen erfolgreiche Therapieabschlüsse erreichen.

IV.4.1. Das Klientenmerkmal und andere Therapieerfolgskriterien

Aus dem Gehalt des Klientenmerkmals - als sachimmanente Funktion der Therapie und zugleich Kriterium für Selbstkontrolle und Problemlösung - folgt einerseits die Erwartung, daß der systematische Anstieg in Richtung positiver Merkmalspol positiv mit anderen Kriterien des Therapieerfolges zusammenhängt. Andererseits folgt daraus jedoch auch der Anspruch, daß die positiven Veränderungen des Klientenmerkmals im Therapieverlauf für sich, also auch unabhängig vom Zusammenhang mit anderen Erfolgskriterien als *e i n* (weiteres) Merkmal des 'Erfolges' bzw. der Wirksamkeit einer klientenzentrierten Therapie aufzufassen sind. Die Untersuchung des Zusammenhanges der Selbst- und Erlebensreflexivität mit anderen Erfolgskriterien gibt so gesehen Aufschluß

über die Beziehungen zwischen verschiedenen Kriterien erfolgreicher Therapien, die teilweise auf verschiedenen theoretischen Auffassungen beruhen und/oder unterschiedliche Aspekte des Therapieerfolges erfassen.

Angesichts bestehender Diskrepanzen zwischen Erfolgskriterien, die sich auf absolute Merkmalsausprägungen beziehen, und Erfolgskriterien, die Veränderungen im Therapieverlauf einschließen (vgl. dazu u.a. die Arbeiten von Eckert 1974, Schwartz 1975; vgl. auch Abschn. V.3.3.), wird der Zusammenhang zwischen dem Klientenmerkmal und Therapieerfolg nach den Kriterien von Eckert sowohl am Merkmalsniveau zu den verschiedenen Zeitpunkten geprüft, als auch an den Merkmalsveränderungen - erfaßt als Differenz zwischen zwei jeweils aufeinanderfolgenden Zeitpunkten bzw. zwischen Ende und Beginn einer Therapie.

IV.4.1.1. Merkmalsveränderungen und Therapieerfolg

Aufschluß über den Zusammenhang zwischen Merkmalsveränderungen und Therapieerfolg gibt die getrennte Untersuchung des Merkmalsverlaufes jeweils bei den Erfolgstherapien und bei den Mißerfolgstherapien.

Als Prüfverfahren wird auf den Vergleich der Mittelwerte zwischen je zwei aufeinanderfolgenden Therapiezeitpunkten zurückgegriffen. Die getrennte Prüfung der t-Werte für die Mittelwertdifferenzen zwischen Mitte- und Anfangs-, Ende- und Mitte-Kontakten jeweils bei den erfolgreichen und bei den nicht-erfolgreichen Therapien ermöglicht eine vergleichende Beurteilung der Merkmalsverläufe (siehe Abb. Nr. IV.15, S.362).

Die Prüfwerte für die Veränderungen zwischen den aufeinanderfolgenden Zeitpunkten sind mit einer Ausnahme bei allen Therapien signifikant bis sehr signifikant (p liegt teilweise unter 0.01, in jedem Fall jedoch unter 0.05). Ledig-

lich der t-Wert für die Mittelwertdifferenz bezogen auf den emotionalen Erlebensbereich zwischen Anfangs- und Mitte-Kontakt liegt nur im Trend-Bereich ($0.05 < p < 0.10$) - und zwar bei den erfolgreichen Therapien. Eingebettet in die Vielzahl der signifikanten bis sehr signifikanten Veränderungen bringt dies keine wesentliche Modifikation in die Befunde insgesamt.

Dieser Befund macht deutlich, daß der systematische progressive Anstieg des Klientenmerkmals zum positiven Pol nicht nur bei den als erfolgreich beurteilten Therapien stattfindet, sondern auch bei den nicht-erfolgreichen. D.h. auch die Klienten, die nach anderen Erfolgskriterien als nicht gebessert beurteilt werden, zum Teil sogar negative Veränderungen erfahren, gewinnen durch die klientenzentrierte Interaktion bedeutsam an Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges.

Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht die relativ geringe Progression zwischen den Anfangs- und den Mitte-Kontakten, im Vergleich zur stark ausgeprägten Veränderung zwischen Mitte- und End-Kontakten bei der Erfolgsgruppe. Allem Anschein nach gibt es eine Art 'qualitativen Sprung' nach einem längeren Zeitraum der langsamen Progression. Dies deutet darauf hin, daß eine Phase der Einübung der erlebensbezughaltigen Haltung ihrer Stabilisierung zur Grundfähigkeit vorausgehen muß. Daß der 'Sprung' bei den Mißerfolgstherapien im Vergleich zur Erfolgsgruppe kaum beobachtbar ist, verweist darauf, daß hier die Festigung der veränderten Stellung nicht gelungen ist oder nicht in ausreichendem Maße.

Die 'Sprunghaftigkeit' der Veränderung zwischen Mitte- und End-Kontakten zeigt sich am deutlichsten in bezug auf den emotionalen Erlebensbereich, was heißt, daß die reflexive Lösung aus der unmittelbaren emotionalen Betroffenheit zunächst einen längeren Zeitraum benötigt, dann jedoch den

Grad der Reflexivität des Bezugs auf den kognitiven Erlebensbereich bis zum Therapieabschluß aufholt.

Abbildung Nr. IV.15: Zeitvergleich der Merkmalsmittelwerte, getrennt für die Erfolgs- und Mißerfolgstherapien

Abbildung Nr. IV.15 a): Mittelwerte

Daten	Anfang		Mitte		Ende	
	Erfolg	MiBerf.	Erfolg	MiBerf.	Erfolg	MiBerf.
emot.Ber.	- 2,5	- 4,45	- 1,58	- 2,91	+ 2,33	- 0,27
kog. Ber.	- 1,5	- 4,45	+ 0,58	- 1,91	+ 2,91	+ 0,27

Abbildung Nr. IV.15 b): t-Werte (nach dem Test für korrelierende Stichproben)⁺

Daten	Vergleichszeitpunkte	T-Werte			
		t-Erfolg	DF	t-MiBerfolg	DF
emot.	Mitte/Anfang	1.328 Tend.	11	2.539 s	10
Bereich	Ende/Mitte	5.344 ss	11	2.889 ss	10
kog.	Mitte/Anfang	3.383 ss	11	3.130 ss	10
Bereich	Ende/Mitte	4.203 ss	11	2.390 ss	10

+ Die Voraussetzungen des t-Test-Verfahrens sind in Abschnitt IV.2.3.2. diskutiert. Die p-Werte für die Annäherung an die Normalverteilung (nach den Tests von Kolmogorov-Smirnov) und die Standardabweichungen sind im Anhang A 13 e) und A 14 e) aufgestellt.

IV.4.1.2. Das absolute Merkmalsniveau und Therapieerfolg

Der Befund zum Merkmalsverlauf bei den Erfolgs- und den Mißerfolgstherapien bezieht sich zunächst nur auf die Merkmalsveränderungen, den Anstieg zum positiven Pol zwischen den aufeinanderfolgenden Zeitpunkten. Zur vollständigen Abklärung wird der Zusammenhang zwischen den

Prä-Post-Erfolgskriterien und der absoluten Ausprägung des Merkmals zu den verschiedenen Zeitpunkten anhand von Mittelwertvergleichen geprüft.

Verglichen werden die Merkmalsmittelwerte jeweils im Anfangs-, Mitte- und End-Kontakt bei den Erfolgstherapien mit den entsprechenden Merkmalsmittelwerten bei den Mißerfolgstherapien (vgl. Abb. Nr. IV.16, S.364f).

Wie die t-Werte der Mittelwertvergleiche (Abb. Nr. IV.16 b S. 365) zeigen, liegen die Differenzen zu allen Zeitpunkten im Trend-Bereich, mit Ausnahme des Differenzwertes im mittleren Kontakt bezogen auf den emotionalen Bereich. In allen anderen Vergleichskontakten tendiert das Merkmal bei den 'gebesserten' Klienten stärker zum positiven Merkmalspol (= weniger ausgeprägt in Richtung negativer Merkmalspol) als bei den nicht gebesserten Klienten. Insofern die Merkmalsausprägungen innerhalb der Therapien mit Prä-Post-Erfolgskriterien verglichen werden, ist ein trendartiger Zusammenhang für diese Fragestellung ein positiv interpretierbarer Hinweis auf die Verbundenheit des Klientenmerkmals mit anderen Kriterien des Therapieerfolges.

Die Untersuchung stützt somit insgesamt die Annahme, daß zwischen dem absoluten Grad der insbesondere mit Therapieabschluß erreichten Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten und Besserungen gemessen an Prä-Post-Erfolgskriterien ein positiver Zusammenhang besteht. Die Ausnahme - der nicht signifikante Werte für die Merkmalsdifferenz im mittleren Kontakt in bezug auf den emotionalen Erlebensbereich - stimmt überein mit der Beobachtung am Merkmalsverlauf, daß die Reflexivität des Bezuges auf emotionales Erleben zunächst sehr langsam fortschreitet, dann jedoch bei den Erfolgstherapien sprunghaft ansteigt. Daß die Differenz der Merkmalsausprägungen zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien nicht erst bei Therapieabschluß, sondern bereits zu Beginn der Therapie bedeutsam wird, entspricht dem Verlauf der Veränderungen in Richtung Selbstreflexivität (positiver Merkmalspol). Diese sind als Differenz zwischen Ausgangs- und Endniveau bei den erfolgreich therapierten Klienten und bei den Klienten mit unbefriedigendem Therapieausgang vergleichbar.

Für die Stabilität der erzielten Veränderungen - gemessen an Kriterien der psychischen Stabilität in außertherapeutischen Situationen - kommt es also anscheinend weniger auf den Grad der Veränderung an, sondern in erster Linie auf das erreichte Ausmaß, in dem die Fähigkeit zur objektivierend-reflexiven Selbst- und Erlebensbezugnahme eingeübt und gefestigt wird.

Dieser Sachverhalt stimmt überein mit einer Beobachtung im Rahmen der Untersuchung von Eckert: im Unterschied zur Regression der nicht-erfolgreichen Therapien auf den Prä-Post-Maßen fand sich bei einigen Items des Klienten-Erfahrungsbogens (KEB) für positive Erfahrungen und Veränderungen innerhalb der Therapie durchaus eine Progression auch bei den nicht gebesserten Klienten, die im Verlauf dem Anstieg bei gebesserten Klienten vergleichbar war. Auch in diesen Fällen unterschieden sich die erfolgreich behandelten Klienten von den nicht-erfolgreichen Klienten durch das absolute Niveau auf den Items am Anfang und am Ende der Therapie (siehe Eckert 1974, S. 69/70, 105, 110 f.).

Der Befund der vorliegenden Untersuchung und obige Beobachtung im Rahmen der Untersuchung von Eckert läßt sich dahingehend interpretieren, daß klientenzentrierte Interaktion auch - der Möglichkeit nach positive - Veränderungen im Erleben des Klienten erzielt, ohne daß sich diese außerhalb der Therapie als selbst erlebte oder von außen wahrgenommene Verbesserungen gemessen an den Prä-Post-Maßen niederschlagen (mögliche Begründungen dieser Diskrepanz werden unter Einbeziehung der theoretischen Argumentation in Kap. 7 diskutiert).

Abbildung Nr. IV.16: Vergleich der Merkmalsprägungen zu den verschiedenen Zeitpunkten bei den Erfolgs- und den Mißerfolgstherapien

Abbildung Nr. IV.16a): Mittelwerte df = 21

	Anfang		Mitte		Ende	
	Erfolg	Mißerfolg	Erfolg	Mißerfolg	Erfolg	Mißerfolg
emot. Ber.	- 2.50	- 4.45	- 1.58	- 2.91	+ 2.33	- 0.27
kog. Ber.	- 1.50	- 4.45	+ 0.58	- 1.91	+ 2.91	+ 0.27

Abbildung Nr. IV.16b): Die t-Werte (nach dem Test für unabhängige Stichproben)

t-Werte				
Daten	t-An	t-Mitte	t-Ende	DF
emot. Ber.	1.558 s	0.834 ns	2.18 s	21
kog. Ber.	2.085 s	1.53 s	1.69 s	21

IV.4.2. Emotionalität resp. Kognitivität des GP-Therapeuten und Therapieerfolg

Das den Merkmalen zugrundeliegende GPT-Modell konzipiert die klientenzentrierte Interaktion als gleichzeitig erlebensreaktivierendes und -veräußerndes Eingehen auf die Aussagen des Klienten. Gefühlszentrierte und kognitiv geprägte Interventionen sind gemessen daran gleichwertige bzw. gleich wirksame Alternativen der GPT. D.h. beide therapeutische Tendenzen sind erwartungsgemäß gleichermaßen am Therapieerfolg beteiligt. Diese Annahme wird am jeweiligen Anteil von Therapeuten des TYP E resp. TYP K an Therapien der Erfolgsgruppe resp. Mißerfolgsgruppe geprüft.

Von den 23 Therapeuten der Stichprobe (An, Mi, En) (Die Therapeuten aus der Untersuchung von Eckert, die an Anfangs-, Mitte- und Endgesprächen beteiligt sind; vgl. Kap. 3) sind 12 an erfolgreichen Therapien beteiligt, 11 an nicht erfolgreichen. 10 der 23 Therapeuten gehören zum TYP K, 13 zum TYP E. Die Aufteilung dieser 23 Therapeuten nach TYP E/TYP K und Erfolg/Mißerfolg wird mittels eines χ^2 auf systematische Einflüsse geprüft (vgl. Abb. Nr. IV.17, S.366).

Wie die Prüfung zeigt, gibt es für die Annahme eines systematischen Zusammenhangs zwischen TYP-Zugehörigkeit und Erfolgs-Zugehörigkeit keine Signifikanz ($p > 0.50$). Zwischen TYP E- und TYP K-Therapeuten besteht demnach kein Unterschied in bezug auf Therapieerfolg gemessen an den Kriterien der Extremgruppenbildung von Eckert.

Damit ist empirisch erhärtet, daß Therapeuten, deren Empathie primär kognitiv-vorstellungsmäßig vermittelt und in erster Linie auf die kognitiven Erlebensgehalte des Klienten gerichtet ist, und deren Verbalisierungen daher primär kognitives Erleben für den Klienten veräußern, den gefühlszentrierten Therapeuten nicht unterlegen sind. Mit ihrer kognitiv geprägten klientenzentrierten Vorgehensweise bewirken sie nicht nur gleichermaßen die reflexivere, bezugnehmende Stellung des Klienten anstelle der Kurzgeschlossenheit im Erleben, sondern auch Erfolge gemessen an anderen anerkannten normativen und subjektiven Erfolgsmaßnahmen.

Dieser Befund enthält eine Relativierung der emotionalen Erlebens- und Beziehungsaspekte als Vermittler der positiven Wirkungen der klientenzentrierten Therapie. Statt dessen gewinnt die Verbalisierung des klientenzentrierten Therapeuten mit ihrer Erlebens-reaktivierenden und -objektivierenden Funktion an Bedeutung als das, beiden Tendenzen gleichermaßen eigentümliche, therapeutische Instrument.

Abbildung Nr. IV.17: χ^2 -Test der Aufteilung der Therapeuten nach TYP (E resp. K) und Therapieerfolg

Häufigkeiten

	TYP E	TYP K	Gesamt
E +	6	6	12
E -	7	4	11
Gesamt =	13	10	23

$$\begin{aligned} df &= 1 \\ Q^2_{\text{korr}} &= 0.056 \\ p &> 0.50 \end{aligned}$$

Erläuterung:

Der Q^2_{korr} korrigiert in Anlehnung an Yates den χ^2 -Wert bei Fällen mit relativ geringer Felderhäufigkeit. Die Korrektur geht aus von 'Fischers exaktem Test für die hypergeometrische Verteilung' (vgl. dazu Thiede und Voss 1979, S. 65 f.).

IV.5. Zusammenfassung der Befunde zur therapeutischen Tendenz und zur Selbst- und Erlebensbezugnahme des Klienten

IV.5.1. Emotionale und kognitive Tendenzen in der GPT

Im Gegensatz zur vorherrschenden Interpretation der klientenzentrierten Therapie als zwischenmenschliche Beziehung, in der der Therapeut durch seine positiven emotionalen Haltungen (Wärme, Akzeptieren, Zuwendung) und die Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte des Klienten diesem Zugang zu seinen Gefühlen ermöglicht, zeigt die exemplarische Untersuchung der vorfindlichen Praxis:

1. Ein Teil der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten geht schwerpunktmäßig kognitiv vor. Diese Therapeuten bemühen sich in erster Linie um den kognitiv-vorstellungsmäßigen Nachvollzug des unmittelbar kognitiven Erlebens des Klienten in ihn belastenden Situationen und um die Verbalisierung dieser kognitiven Reaktionen. Die Therapeuten der kognitiven Tendenz unterscheiden sich bedeutsam von den gefühlszentrierten Therapeuten unter verschiedenen Gesichtspunkten:
 - a) in ihrer Verbalisierungstendenz unabhängig von einer konkreten therapeutischen Beziehung mit einem bestimmten Klienten auf durchschnittliche Standardklienten aussagen;
 - b) im Selbsterleben der aktuell realisierten therapeutischen Interaktion;
 - c) im Fremderleben, das ihr Vorgehen beim jeweiligen Klienten auslöst;
 - d) im objektiven Gesprächsverhalten, wie es sich einem Beobachter von außen darstellt.
2. Wie der starke Einfluß des Faktors TYP mit den Polen E (emotional) und K (kognitiv) auf die gesamte Datenvarianz

zeigt, handelt es sich um eine relativ starke persönliche Neigung im Sinne der 'Gefühls-' versus 'Kopf'orientiertheit, die sich zu den verschiedenen Zeitpunkten einer Therapie und bei verschiedenen Klienten Geltung verschafft. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit einem außertherapeutischen erfahrungsmäßigen Wissen, das der Charakterisierung eines Menschen als 'Gefühlsmensch' oder als 'Kopfmensch' zugrunde liegt. Demnach ist die Polarisierung der klientenzentrierten Interaktion in eine emotionale und eine kognitive Ausrichtung Resultat des Zusammenwirkens persönlichkeitspezifischer Einflüsse mit den klientenzentrierten Basisvariablen.

3. Es konnte in keinem Fall ein bedeutsamer Einfluß der Therapiephase und des Wechsels von einem Klienten zu einem anderen Klienten auf die Verteilung der Tendenzdaten festgestellt werden. D.h. die Prägung der Interaktion durch den jeweils persönlich bedingten Tendenz-Typ (emotional resp. kognitiv) des Therapeuten ist relativ unabhängig vom Zeitpunkt der Therapie und von der Besonderheit eines bestimmten Klienten. Eine theoretisch denkbare und von der traditionellen Auffassung her nahegelegte Determination der therapeutischen Tendenz durch die Therapiephase - wie dies Charakterisierungen der GPT als fortschreiten-des Vordringen zum emotionalen Erleben implizieren - und/oder durch Merkmale der Besonderheit des Klienten - etwa im Sinne der verschiedenen Abwehrtypen nach Phillip-Dormston (1979, 1980) - ist den Untersuchungsbefunden gemäß sehr unwahrscheinlich.
4. Die tendenzielle Polarisierung der klientenzentrierten Reaktion bzw. der Gesprächspsychotherapeuten in die des TYP E und die des TYP K wird jeweils an einer Stichprobe von Therapiegesprächen aus den Jahren 1980/1981 und aus den Jahren 1970 - 1972 erhärtet. Zu dieser Zeit standen die kognitiven Ansätze noch wenig zur Debatte und gehörten keinesfalls zum üblichen theoretischen Grundwissen der in der Praxis stehenden Therapeuten. Damit ist weitgehend

ausgeschlossen, daß in erster Linie theoretische Kenntnisse ausschlaggebend für die vom traditionellen Verständnis abweichende kognitive klientzentrierte Orientierung sind und nicht die persönlich bedingte allgemeine Tendenz, auf kognitiver Ebene zu interagieren.

5. Die Annahme, daß der kognitiven therapeutischen Tendenz eine eher extravertierte, der emotionalen therapeutischen Tendenz eine eher introvertierte Persönlichkeitsstruktur zugrunde liegt, wird durch die vorliegenden Untersuchungsbefunde nicht bestätigt. Die der therapeutischen Tendenz entsprechende, persönlich bedingte Interaktionspräferenz ist möglicherweise Ausdruck einer von Eysencks Modell unabhängigen Persönlichkeitsdimension mit einem emotionalen und einem kognitiven Pol. Die endgültige Klärung dieses Problembereichs schließt eine Überprüfung des Eysenck'schen Persönlichkeitsmodells ein und kann daher im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht geleistet werden.
6. Gefühlszentriertes und kognitiv ausgerichtetes Vorgehen sind gleichermaßen erfolgreich - gemessen an der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten und an den normativen und subjektiven Erfolgskriterien von Eckert. Die kognitive Intervention ist somit eine gleichwertige Alternative zur gefühlszentrierten GPT.
7. Kognitiv vorgehende Therapeuten (TYP K) erzielen auch und im gleichen Ausmaß Veränderungen im Bezug des Klienten auf sein emotionales Erleben, während gefühlszentrierte Therapeuten (TYP E) auch und im gleichen Ausmaß Veränderungen im Bezug des Klienten auf sein kognitives Erleben bewirken. Dieser Befund spricht sowohl gegen die Bevorzugung der emotionalen klientzentrierten Reaktion, als auch gegen die Gleichsetzung des persönlichen Erlebens mit Gefühlen und gefühlsmäßigen Bewertungen.

IV.5.2. Kognitive Wirkungen der GPT

Im Gegensatz zu Auffassungen, die Momente der Erlebensobjektivierung und der Distanzierung des Klienten von seiner Erlebensunmittelbarkeit als Gegensatz zur Erlebensintensivierung und -akzeptierung beurteilen und daher nicht in die therapeutischen Veränderungsprozesse selbst einbeziehen, zeigt die Untersuchung des Klientenmerkmals an neurotischen Klienten:

1. Es findet mit fortschreitender Therapie eine Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten vom negativen zum positiven Pol des Klientenmerkmals statt. Eine Dimension der Wirkung klientenzentrierter Therapie ist also, daß sie den Klienten aus der 'Kurzgeschlossenheit' im Betroffenheitserleben partiell herauslöst und ihm eine reflexiv-objektivierende Bezugnahme auf unmittelbar virulentes Erleben ermöglicht. Diese Veränderung des Erlebensbezuges des Klienten schließt relativierende Akzeptierung und Kontrolle der Erlebensunmittelbarkeit gleichermaßen ein. Die empirische Erhärtung dieser Wirkungsdimension bestätigt zugleich die erlebensreaktivierende und gleichzeitig erlebensveräußernde Funktion des klientenzentrierten Therapeutenverhaltens.
2. Diese Veränderung ist dem theoretischen Gehalt gemäß und mit einer vorläufigen empirischen Augenscheinlichkeit auch an der Langzeitstabilisierung nach abgeschlossener Therapie in Alltagssituationen beteiligt. Allgemeine Erfolgskriterien der Therapie, die im Gegensatz zu traditionellen Interpretationen des therapeutischen Prozesses selbst treten (wie Gefühlskontrolle, Bedürfnisverzicht usw.) können also mit Hilfe des Klientenmerkmals auf das klientenzentrierte Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration zurückgeführt werden.

3. Die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten steht in einem komplexen Zusammenhang mit Therapieerfolg gemessen an traditionellen Erfolgskriterien. Der absolute Grad der am Ende der Therapie erreichten Selbst- und Erlebensreflexivität ist von ausschlaggebender Bedeutung für Therapieerfolg als die Differenz zwischen der Merkmalsausprägung am Anfang und am Ende der Therapie, so daß Klienten, die zu Beginn der Therapie ein günstigeres Ausgangsniveau erreichen, von der Therapie mehr profitieren, auch dann, wenn die Merkmalsveränderungen ähnlich stark sind.

Allem Anschein nach handelt es sich um ein Merkmal fortschreitender Veränderungen infolge der Therapie, die bei extrem niedrigem Ausgangsniveau und (oder) bei mangelnder Stabilisierung am Ende der Therapie insgesamt nicht positiv erlebt werden.

4. In bezug auf den Zusammenhang zwischen den Veränderungen auf seiten des Klienten und der Interventionstendenz des jeweils behandelnden Therapeuten finden sich erwartungsgemäß keine Unterschiede im jeweils bewirkten *A u s- m a ß*. Es findet sich jedoch ebenfalls nur ein vernachlässigbarer Zusammenhang zwischen emotionaler resp. kognitiver therapeutischer Tendenz und der Qualität (emotional resp. kognitiv) des Erlebensbereiches, auf den sich die fortschreitende Bezugnahme des Klienten richtet. Dies scheint zunächst überraschend, erklärt sich jedoch aus der theoretischen Konzeption des Merkmals als *p r i n- z i p i e l l e* Veränderung des Bezuges des Subjektes auf seine Erlebensunmittelbarkeit, die emotionales und kognitives Erleben einschließt.

V. Kognitive Interventionen und Prozesse in der klient-zentrierten GPT - Ausblicke auf Praxis, Forschung und Theoriebildung

V.O. Vorbemerkungen

Das Abschlußkapitel soll die Untersuchungsbefunde in einen übergeordneten Zusammenhang mit der konzeptionellen Entwicklung der GPT stellen, und ihre Relevanz für die praktische Arbeit, ihre empirische Evaluation und deren theoretische Begründung deutlich machen.

Unter diesem Gesichtspunkt wird eine Beobachtung und ein 'Experiment' an Einzelfällen von Bedeutung, die zwar keine statistisch abgesicherten Befunde bringen, jedoch interessante Hinweise auf eine differentielle Einbeziehung kognitiver Interaktionen in die Praxis enthalten. Abschnitt V.1. bezieht diese Hinweise in die Diskussion der Relevanz der Untersuchung ein.

Eine wichtige Aufgabe des Abschlußkapitels ist der Rückbezug der Untersuchungsbefunde auf die theoretische Ableitung in Teil A, die die Annahme kognitiver Tendenzen in der Praxis begründet und den Gehalt des Therapeuten- resp. Klientenmerkmals in Form eines GPT-Modells bestimmt. Im Hinblick auf diese theoretischen Bestimmungen werden in Abschnitt V.2. die Untersuchungsbefunde diskutiert.

Abschnitt V.3. prüft die Untersuchungsbefunde daraufhin, wie weit sie mit anderen gesicherten Forschungsbefunden vereinbar sind bzw. zur Aufklärung bisher ungeklärter Forschungsdiskrepanzen beitragen könnten.

Die langfristigen Konsequenzen aus der Vorfindlichkeit kognitiver Interaktionen, ihrer Polarisierung zu einer alternativen Tendenz neben der traditionellen gefühlszentrierten

Intervention und ihrer therapeutischen Wirksamkeit für Praxis, Theoriebildung und Forschung diskutiert Abschnitt V.4..

V.1. Anregungen zum Einsatz kognitiver Interventionen aus Beobachtungen an Einzelfällen

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Beobachtungen an zwei Einzelfällen, die nicht im eigentlichen Sinn zur empirischen Untersuchung gehören, jedoch vorläufige Hinweise auf einen differentiellen Einsatz emotionaler und kognitiver Therapeutenreaktionen enthalten, der möglicherweise erheblich zur Effektivierung und Erweiterung der klientenzentrierten Praxis beitragen könnte.

Fall 1:

Es handelt sich um einen Fall erfolglos abgebrochener Therapie bei einem 17-jährigen, sehr intelligenten Jugendlichen mit Symptomen des Schulversagens, verbunden mit extremer Aggressivität. Es liegen folgende Angaben vor:

Daten auf seiten des Therapeuten:

Gemessen an den Verbalisierungen auf die "Standardsituationen" (Anhang A1) ... "und den Daten des Nachbefragungsbogen für Therapeuten (Anhang A2) war der betreffende Therapeut der emotionalen Tendenz im mittleren Bereich zuzuordnen. Der Klient selbst hat im Anfangsgespräch einen Nachbefragungsbogen für Klienten (Anhang A3) bearbeitet; er hat dabei die emotionale Tendenz des Therapeuten extremer eingestuft im Vergleich zu den Selbsteinschätzungen des Therapeuten. 1)

Angaben zum Klienten:

Der Fragebogen nach abgeschlossener Therapie konnte nicht durchgeführt werden, zum Klientenmerkmal liegen also keine Angaben vor.

Nach Auskunft des behandelnden Therapeuten blieb der Klient bis zum Abbruch (6. Sitzung) "verschlossen", ohne "von den Verbalisierungen berührt" zu werden. Er äußerte sich unzufrieden mit der Therapie, die er als wenig hilfreich empfand; einmal gebrauchte er den Ausdruck "Gefühlsduselei". Veränderungseinsicht und -wille waren bei dem Klienten durchaus vorhanden.

Der Therapeut beurteilte den Jugendlichen als einen "abwehrenden", GPT-ungeeigneten Klienten, der von einer anderen Therapiemethode - etwa VT - mehr profitieren würde.

Fall 2:

Einer der an der Untersuchung als Experte beteiligten und an der Thematik persönlich interessierten Therapeuten hat aus eigener Initiative einen Selbstversuch durchgeführt: Er beurteilte einige Gesprächsdokumente aus ca. ein Jahr zurückliegenden Therapien anhand der Rating-Skala; demnach realisierte er damals ein stärker emotional ausgerichtetes Vorgehen, d.h., er verbalisierte emotionale Erlebensgehalte des Klienten im Vergleich zu kognitiven deutlich häufiger. Derselbe Therapeut fand das Modell des Wechselspiels zwischen Verbalisierung des Therapeuten und Selbstexploration des Klienten von der Überlegung her treffend für die Vorgänge in der GPT - insbesondere das dargestellte Verhältnis von Emotion und Kognition und die daraus folgende gleichberechtigte kognitive Alternative zur gefühlsempathischen Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalten. Für sich persönlich zog er den Schluß, sein nächstes Therapiegespräch unter Beachtung und Benutzung beider Möglichkeiten durchzuführen.

Die Kontrolle anhand des Therapienachbefragungsbogen an einem Klienten ergab, daß das bloße Wissen um beide Verbalisierungsmöglichkeiten bzw. das Beachten beider Erlebensbereiche zwar nicht zur Aufhebung seiner gefühlszentrierten Ausrichtung, jedoch zu einem erheblichen Anstieg kognitiver Verbalisierungen geführt hatte. Den Zustand der Kongruenz hatte er dabei nicht merklich verlassen. Darüber hinaus hat derselbe Therapeut in einem Fall, den er bereits 'aufgegeben' hatte, gezielt seine Aufmerksamkeit vom Gefühlserleben des Klienten auf sein kognitives Erleben - die Gedankenimpulse, Grübeleien, Befürchtungen, unreflektierte (Vor-)Urteile, Kurzschlüsse usw. - umzentriert und konnte daraufhin die Therapie erfolgreich fortsetzen.:

Es handelte sich bei diesem Fall um einen stark 'kopfbetonten' höheren Angestellten, der seine Probleme auf der kognitiven Ebene als Schwierigkeiten mit seinen eigenen Vorstellungen, Urteilen und Entschlüssen schilderte; ein GPT-Fall, der üblicherweise als intellektualisierend, gefühlsabwehrend interpretiert würde, mit dem Ziel, ihn seinen Gefühlen wieder näher zu bringen. Dieser Angestellte äußerte Erleichterungserleben, bedingt durch das modifizierte, kognitive Eingehen seines Therapeuten. Weitere Gesprächssitzungen, in denen vorwiegend 'kopfflastiges' Material verbalisierend und selbstexplorativ verarbeitet wurde, führten zu erfolgreichem Therapieabschluß - ohne je zu den angeblich abgewehrten Gefühlen vorgedrungen zu sein.

Diskussion der Fälle

Die beiden Einzelfälle sind ohne statistische Absicherung zwar noch nicht verbindlich für die Praxis, enthalten jedoch vorläufige Hinweise auf praktische Einschränkungen, die

aus der offiziellen Auffassung resultieren, GPT wirke vorwiegend durch das gefühlsempathische Eingehen des Therapeuten auf emotionale Erlebensgehalte des Klienten. So wird das Nicht-Ansprechen des Klienten auf die emotionalen Haltungen des Therapeuten und auf seine gefühlsveräußernden Verbalisierungen innerhalb der GPT in der Regel als Abwehr bzw. Angst des Klienten vor seinen Gefühlen und den Impulsen des Organismus verstanden (eine Diskussion der Vertreter dieser gefühlszentrierten Auffassung findet sich in Teil A, Abschn. I.3.). Diese Auffassung ist theoretisch legitimiert und fixiert. Dementsprechend erhält der Therapeut die Anweisung, den Klienten durch die Haltungen 'Wärme', 'Echtheit', 'unbedingtes Akzeptieren' und die Verbalisierung der emotionalen Erlebensgehalte mit seinem verleugnerten emotional-organismischen Erleben zu versöhnen.

Ein Klient, der nicht auf diese Beziehungsdefinition eingeht, erscheint so gesehen als ein Hindernis für seine eigene Heilung, das in äußerster Konsequenz zu einem Therapieabbruch führen kann.

Im Gegensatz zur genannten Auffassung läßt das, dem Therapie-Modell zugrundeliegende Modell des neurotischen Konfliktes (vgl. Teil A, Abschn. II.2.) offen, daß der Klient den Konflikt mit sich selbst und seinem Erleben tatsächlich nicht in erster Linie im emotionalen Bereich austrägt, sondern auf der Ebene seiner Kognitionen im Betroffenheitserleben. So ist dem Modell gemäß gleichermaßen anzuerkennen, daß ein Klient - wie der Jugendliche in Fall 1 - aus persönlichen und/oder einstellungsmäßigen Gründen der Gefühlszentrierung seines Therapeuten gegenüber skeptisch ist; oder - wie in Fall 2 -, daß dem Klienten das 'Kopflastige' tatsächlich näher ist und er in diesem Bereich seinen Konflikt austrägt.

Das Nicht-Ansprechen des Klienten auf Gefühlsverbalisierungen und die emotionalen Therapeutenhaltungen wäre so gesehen kein Hindernis für die klientenzentrierte Therapie, sondern ein Hinweis darauf, daß die Fixierung auf emotionales Erleben dem Betroffenheitserleben des Klienten nicht angemessen ist. Es enthielte somit die Aufforderung an den Therapeuten, die 'Ebene' - so weit möglich - zu wechseln: Im Falle des Jugendlichen könnte die Verbalisierung unreflektierter Urteile und Entschlüsse und/oder impulsiver Verhaltensweisen ein analoges Wechselspiel zwischen Verbalisierung und explorierender Erlebensbezugnahme in Gang setzen und eine gleichartige Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges erwirken, wie die Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte. Am Fall des 'kopflastigen' Angestellten wird deutlich, daß die, im Prinzip gleiche, klientenzentrierte Einflußnahme auf der Ebene des kognitiven Konflikterlebens hilfreich sein kann, die auf der Gefühlsebene zur Zerstörung der therapeutischen Beziehung zu führen droht.

In bezug auf die bevorzugte Interaktionsausrichtung des jeweiligen Therapeuten ist die bewußte Beeinflußbarkeit des anscheinend starren persönlichen TYP festzuhalten: Bereits das Wissen um beide Alternativen und die Anerkennung beider Erlebensqualitäten bewirkte einen Anstieg der kognitiven Reaktionen. Dieser führte zwar nicht zum Ausgleich, jedoch zu einer erheblichen Reduktion der Differenz zwischen emotionalen und kognitiven Therapeutenantworten. Darüber hinaus war es dem am Experiment beteiligten Therapeuten durchaus möglich, aufgrund einer diagnostischen Entscheidung bewußt und gezielt eine stärker auf Kognitionen ausgerichtete empathische Reaktion und Verbalisierung zu realisieren und so das Scheitern der Therapie zu verhindern. Nach Aussage des Therapeuten empfand er dies lediglich als "etwas ungewohnt" zu Beginn, bis er voll und ganz im kognitiven Erleben des Klienten engagiert war.

V.2. Die Untersuchungsbefunde im Hinblick auf die T h e o r i e der Therapie und der Persönlichkeits- entfaltung

Die Bestätigung der Kernhypothesen zur therapeutischen Tendenz und zur Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten verankert das den Merkmalen zugrundeliegende Interaktionsmodell in der Empirie und hat damit Konsequenzen für die Konzeptentwicklung innerhalb der GPT. Erhärtet wird:

- a) die Rückführung der theoretischen Kontroverse zwischen der gefühlszentrierten Rogers-Position und einer kognitiv orientierten Gegenposition auf eine entsprechende Polarisierung in der klientenzentrierten Praxis (vgl. Teil A, Kap. I).
- b) Die Begründung der therapeutischen Funktionen der klientenzentrierten Verbalisierung (vgl. Teil A, Abschn. II.3.4. und Abschn. II.3.5.).
- c) Die Bestimmung der beiden Pole des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten und die Veränderung vom negativen zum positiven Pol im Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration (Teil A, Abschn. II.3.6.). Indirekt wird dadurch auch das Modell des neurotischen Konfliktes als Konflikt zwischen 'Kurzgeschlossenheit' im Betroffenheitserleben und selbstreflexiven Funktionen erhärtet (vgl. Teil A, Abschn. II.2.).

V.2.1. Die GPT-Kontroverse im Verhältnis zu den Unter- suchungsbefunden

Ausgangspunkt der theoretischen Analyse war die innerwissenschaftliche GPT-Kontroverse zwischen einer gefühlszentrierten, an Rogers angelehnten Position und einer kognitiv orientierten 'Gegenposition', die sich kritisch auf Rogers bezieht und alternative Interpretationsansätze - insbesondere

die kognitionstheoretischen von Wexler, Anderson u.a. sowie die ebenfalls kognitiv geprägten lern- und konflikttheoretischen Ansätze - als adäquatere Abbildung der klientenzentrierten Interaktion bevorzugt (vgl. Teil A, Abschn. I.1. bis I.3.).

Aus den tendenziell konträren Gehalten der jeweils bevorzugten Konzepte, aus den Aussagen der jeweiligen Autoren zum Verhältnis der Theorie zur Praxis und aus ihren Stellungnahmen zum praktisch-therapeutischen Vorgehen selbst, wurde die Annahme entwickelt, daß den kontroversen theoretischen Positionen - gefühlszentriert versus kognitiv - zwei entsprechend alternative Ausrichtungen des praktischen klientenzentrierten Vorgehens selbst zugrunde liegen.

Bezogen auf die innerwissenschaftliche Kontroverse folgt aus den empirischen Belegen für beide Alternativen klientenzentrierter Interaktion, daß die Gegensätze erst in zweiter Linie theoretischen Charakters sind. Ihre Wurzeln hat die Auseinandersetzung im praktischen Geschehen selbst. Die Entscheidung der Kontroverse kann daher nur aus den praktischen Vorgängen resultieren, deren Untersuchung deutlich macht:

1. Emotional versus kognitiv sind in ihrer **G e g e n s ä t z - l i c h k e i t** lediglich als ideale Richtungs-extreme des klientenzentrierten Vorgehens denkbar, die in ihren Grundprinzipien - den das klientenzentrierte Vorgehen spezifizierenden Therapeutenvariablen - sehr wesentliche Gemeinsamkeiten haben. Gemessen an diesen Extrempolen unterscheiden sich klientenzentrierte Therapeuten in ihrer persönlichen Interventionstendenz.
2. Durch die Befunde der Untersuchung werden **b e i d e** Tendenzen als gleichermaßen wirksame klientenzentrierte Interaktionsmöglichkeiten ausgewiesen. Und zwar in Qualität und Ausmaß der Wirkungen, gemessen an der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten und gemessen an anderen Kriterien des Therapieerfolges.

Es ist somit nicht die Entscheidung für oder gegen die eine oder andere Ausrichtung gefordert, sondern bewußte Kontrolle bzw. der gezielte Umgang mit beiden Möglichkeiten. Das setzt voraus, daß emotionale und kognitive klientenzentrierte Interventionen in die Erforschung und Evaluation der Praxis einbezogen werden.

V.2.2. Die kognitive Interaktion in der klientenzentrierten Praxis im Hinblick auf die Konzeption des Therapeutenverhaltens

Die aus dem Theorie-Praxis-Verhältnis abgeleitete Annahme, daß in der klientenzentrierten Praxis eine alternative Tendenz existiert, die ganz allgemein eher kognitiv geprägt ist, wurde mit Hilfe des Therapiemodells konkretisiert und als therapeutische Alternative begründet.

Der Nachweis einer kognitiv orientierten therapeutischen Tendenz neben der gefühlszentrierten Vorgehensweise beinhaltet somit zugleich eine empirische Erhärtung des zugrundeliegenden theoretischen Modells. So stellt die Wirksamkeit einer empathischen Reaktion, die nicht primär die Gefühle, sondern die das Kognitive im Betroffenheitserleben des Klienten nachvollzieht und verbalisiert, die Rückführung der therapeutischen Veränderungen auf die emotionalen Haltungs- und Beziehungsdimension in Frage. Statt dessen gewinnt die Verbalisierung als der, kognitiven und gefühlszentrierten Interventionen gemeinsame Kommunikationsmodus an Bedeutung. Dieser hat demnach entscheidende Funktionen für die psychische Stabilisierung des Klienten und zeichnet klientenzentrierte Gespräche prinzipiell vor anderen positiven Gesprächen aus.

Im Unterschied zu den kognitionstheoretischen Konzepten, deren fehlender Bezug auf die Praxis eine kognitive Realität

sierung der klientenzentrierten Grundbedingungen unbegreiflich macht, enthält das Interaktionsmodell konkrete Kriterien für die kognitive Orientierung, die durch die Untersuchungsbefunde empirisch verankert werden: als ein primär vorstellungsmäßig vermitteltes Miterleben des Therapeuten und als entsprechende Verbalisierung kognitiver Erlebensgehalte des Klienten durch den Therapeuten.

Die Befunde zur therapeutischen Tendenz erlauben für sich noch kein abschließendes Urteil über die theoretische Konzeption der therapeutischen Funktionen der Verbalisierung. Deren erlebensreaktivierende und gleichzeitig erlebensveräußernde Funktion erfüllt sich in der Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten. Ausschlaggebend für die Beurteilung der therapeutischen Funktionen sind somit die Befunde zum Klientenmerkmal.

V.2.3. Selbst- und Erlebensreflexivität in der Praxis im Hinblick auf die Konzeption der GPT

Die Bestätigung, daß Veränderungen in Richtung Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges im empirischen Geschehen eine bedeutsame Rolle spielen, d.h., daß eine systematische Veränderung vom negativen zum positiven Pol des Klientenmerkmals infolge der Therapie stattfindet, erhärtet zugleich ihre Begründung im Wechselspiel zwischen klientenzentrierter Verbalisierung und Selbstexploration. Dessen Spezifik bewirkt demnach einen modifizierten Bezug des Klienten zu sich und seinem Erleben im Moment der Betroffenheit: mit fortschreitender Therapie lernt er, die quasi zwangsläufige 'Kurzgeschlossenheit' im emotionalen und kognitiven Betroffenheitserleben aufzubrechen und statt dessen im Erleben zugleich reflexiv-objektivierend Bezug auf die Erlebensgehalte zu nehmen.

Im Verhältnis dazu erscheint die einseitige Begründung der therapeutischen Veränderungen durch Momente des Umfanges, der Vielfalt und der Intensität unmittelbaren Erlebens als *G e g e n s a t z* zu Momenten der Erlebensdistanzierung und -relativierung fragwürdig. Dem Merkmalskonzept gemäß kann umgekehrt bloße Intensität der Erlebensunmittelbarkeit ohne die gleichzeitige reflexive Bezugnahme zur 'Kurzgeschlossenheit' führen, d.h. als Qualität neurotischen Erlebens in Erscheinung treten.

Daß die Veränderung des Erlebensbezuges innerhalb der klient-zentrierten Interaktion zugleich ein ausschlaggebendes Kriterium für die Bewältigung der Betroffenheit außerhalb bzw. nach der Therapie ist, folgt unmittelbar aus der Begründung der therapeutischen Wirkung im Verhältnis zu den Kriterien des neurotischen Konfliktes. Dieser enthält eine enge Verbindung zwischen dem reflexiven Pol des Selbst- und Erlebensbezuges einerseits, Kriterien für psychische Stabilität und Problemlösefähigkeit außerhalb der Therapie auf der anderen Seite. Für die Stimmigkeit dieser Verbindung spricht der Befund der Klientennachbefragung zu den langfristigen Veränderungen außerhalb der Therapie

Reflexivität des Erlebensbezuges als Wirkung der klient-zentrierten Interaktion setzt die aus dem Therapie-Modell resultierenden therapeutischen Funktionen voraus. Demnach wird die Verbalisierung des klientzentrierten Therapeuten dadurch zum entscheidenden therapeutischen Instrument, daß sie zugleich im Klienten Betroffenheitserleben reaktiviert u n d ihm dieses Erleben als veräußertes gegenüberstellt. Als einzige Antwort seines Gesprächspartners enthält die verbale Erlebensveräußerung für den Klienten die Aufforderung, selbst reflexiv auf sein Erleben Bezug zu nehmen und es verbal zu (ver-)äußern.

Weil das Betroffenheitserleben, das Gegenstand der empathischen Verbalisierung des Therapeuten und der selbstexplorierenden Bezugnahme des Klienten wird, stets Gefühle und kognitive Reaktionen auf die Betroffenheit einschließt, ist weder das Therapeutenverhalten, noch die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten an emotionale Erlebensgehalte gebunden.

Darüber hinaus erschließt die Modifikation des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten zum positiven Merkmalspol eine grundlegende kognitive Dimension des klientenzentrierten Vorgehens, das beiden Orientierungen gleichermaßen eigen ist: Unabhängig davon, ob das emotionale oder das kognitive Erleben des Klienten im Vordergrund steht, definiert die Verbalisierung des Gesprächspsychotherapeuten eine kognitive Dimension, deren Gehalt im Unterschied zum Gehalt der kognitiven therapeutischen Tendenz nicht auf einer vorwiegend kognitiven Haltung des Therapeuten bzw. auf kognitiven Inhalten seiner Erlebensverbalisierung beruht, sondern auf der Methode selbst.

Kognitiv ist diese in bezug auf das Interaktionsverhalten beider Partner: vom Therapeuten fordert die Verbalisierung, daß er beim empathischen Miterleben permanent reflexiv auf seine (Mit-)Erlebensgehalte Bezug nimmt. Vom Klienten fordert die Verbalisierung, daß er selbst reflexiv Bezug auf sein Erleben nimmt. Für ihn realisiert sich die kognitive Dimension also in dem Maße, wie er selbstexplorierend auf die Verbalisierung 'antwortet'.

So gesehen bedeutet die Abwertung der Verbalisierung und die ausschließliche Betonung der gefühlsmäßigen Beziehung und Prozesse nicht nur eine ungerechtfertigte Vernachlässigung einer kognitiven Ausrichtung der klientenzentrierten Interven-

tion. Vielmehr wird damit eine grundlegende kognitive Dimension der klientenzentrierten Therapie unbegreiflich.

Unter diesem Gesichtspunkt erhält der Ansatz von Gendlin und seine Erweiterung der GPT um die Focusing-Methode eine besondere Position: Auf der einen Seite stellt Gendlins Verpflichtung zur Gefühlsempathie bzw. auf das emotional-organismische Erleben des Klienten eine einseitige Festlegung auf das gefühlzentrierte Vorgehen dar. Ein alternatives, auf kognitive Inhalte der Erlebensunmittelbarkeit bezugnehmendes Vorgehen wird damit ausgeschlossen bzw. abgewertet. Im Hinblick auf die methodenimmanente kognitive Dimension des klientenzentrierten Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration hingegen stellen Gendlins erlebensaktivierende Methoden Optimierungen des Prozesses dar: Im Zentrum des 'Experiencing' und 'Focusing' steht letztlich die Gleichzeitigkeit von Aktivierung bzw. Reaktivierung der Erlebensunmittelbarkeit und deren permante Symbolisierung, die eine reflexiv-'begreifende' Erlebensbezugnahme zur Voraussetzung hat. Der Einsatz dieser Methoden würde demnach die Veränderung zum positiven Pol des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten fördern. Im Gegensatz zu dem Anschein, den Gendlins theoretische Begründung des Prozesses erweckt (vgl. Teil A, Abschn. I.1., I.2.), ist diese Art der Optimierung in keiner Weise an emotional-organismisches Erleben und an Körperprozesse gebunden. Da Erlebensunmittelbarkeit stets emotionales Erleben und kognitives Erleben einschließt, lassen sich erlebensreaktivierende Methoden im Prinzip gleichermaßen auf kognitive Gehalte beziehen. Dies gilt selbst dann, wenn - wie beim Experiencing - das Erleben als bloß subjektives, losgelöst von jedem Bezug auf eine besondere Situation bzw. auf einen bestimmten Gegenstand, herausgefordert wird. Wie das - von der Psychoanalyse her bekannte - freie Assoziieren deutlich macht, ist diese Lösung vom bestimmten Gegenstand auch in bezug auf kognitive Erlebensevidenz möglich. So gesehen führt also die Konzeption des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration zur Möglichkeit einer klientenzentrierten Verarbeitung freier Assoziationen bzw. zur Frage, wieweit sich klientenzentrierte Therapie diese Methode der Psychoanalyse nutzbar machen könnte.

Auf Basis der vorfindlichen theoretischen Begründungen klientenzentrierten Therapeutenverhaltens gibt es empirische Befunde aus anderen Untersuchungen, die dazu in einem gewissen Widerspruch stehen und als ungeklärte Probleme klientenzentrierter Forschung bekannt sind. Einige dieser Forschungsdiskrepanzen lassen sich mit Hilfe der Befunde und Begründungen der vorliegenden Untersuchung klären und werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

V.3. Die Untersuchungsbefunde im Hinblick auf Probleme der GPT-Forschung

Die folgende Diskussion bezieht sich hauptsächlich auf ungeklärte Befunde der Untersuchungen von Eckert (1974) und Schwartz (1975), die eine Vielfalt und Vielzahl auch praktisch bedeutsamer Ergebnisse und Probleme einschließen.

Im einzelnen werden folgende Probleme aufgenommen:

1. Diskrepanzen zwischen prozeßbezogenen Erfolgskriterien und Prä-Post-Erfolgsmaßen.
2. Der geringe Zusammenhang der Variablen "Verbalisieren emotionaler Erlebensgehalte (VeE)" mit Erfolgskriterien auf seiten des Klienten und mit Selbsteinschätzungen des Therapeuten.
3. Der geringe Zusammenhang zwischen Selbstexploration des Klienten, Therapieerfolg und Selbsteinschätzungen des Klienten.
4. Der fehlende Zusammenhang zwischen Merkmalen des Therapeutenverhaltens und Veränderungsmerkmalen auf seiten des Klienten.

V.3.1. Diskrepanzen zwischen Kriterien des Therapiefortschrittes und Erfolgskriterien außerhalb der Therapie

Ein durch die GPT-Konzepte unerklärlicher Befund der Untersuchung von Eckert (1974) betrifft die prinzipielle Diskrepanz zwischen dem Verlauf der Erfolgskriterien innerhalb der therapeutischen Interaktion - gemessen am subjektiven Erleben des Klienten auf dem Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB) - und den Prä-Post-Erfolgskriterien, die sich auf allgemeine Veränderungen in Richtung psychischer Stabilisierung beziehen:

Gemessen an den Datenverläufen innerhalb der therapeutischen Interaktion fanden sich sowohl bei der erforderlichen Extremgruppe, als auch bei der Mißerfolgsgruppe eindeutige F o r t-

s c h r i t t e. Erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Therapien unterschieden sich lediglich in bezug auf das absolute Merkmalsniveau auf vielen Items des KEB (vgl. Eckert 1974, S. 69 f. (KEB 4), S. 72 f. (KEB 5), S. 83 f. (KEB 10), S. 89 f. (KEB 12), S. 105 f. (KEB 7), S. 110 ff.). Gemessen an den Prä-Post-Erfolgskriterien hingegen erfuhr die Mißerfolgsgruppe gar keine oder teilweise sogar negative Veränderungen. Ausgehend von der Interpretation der klientenzentrierten Therapie als Schaffung einer 'angstfreien Atmosphäre', die bloß permissiv dem Klienten die Erfahrung und Akzeptierung seiner Gefühle und Empfindungen' ermöglicht (Eckert 1974, S. 62/65), enthält diese Diskrepanz eine gewisse immannente Widersprüchlichkeit. Sie geht einher damit, daß die Art des Zusammenhanges zwischen den positiven Veränderungen i n n e r h a l b der Therapie und den allgemeinen Erfolgskriterien nicht geklärt ist.

Auf Basis des vorliegenden Interaktionsmodells hingegen stellt die zur Diskussion stehende Diskrepanz keinen Widerspruch dar, sondern einen sachimmanent erklärbaren möglichen Verlauf der Interaktion: Die Charakterisierung des klientenzentrierten Prozesses als Wechselspiel zwischen Verbalisieren und Selbstexploration, bei dem der Klient die punktuelle Lösung aus der unmittelbaren Erlebensidentität und die Gleichzeitigkeit von Erleben und selbstreflexiver Bezugnahme einübt, unterstellt n i c h t per se, daß dieser Therapiefortschritt auch positiv erlebt wird. Es läßt durchaus offen, daß unter bestimmten Bedingungen die Veränderung innerhalb der Therapie positiv verläuft, und dennoch subjektiv nicht als Besserung erlebt wird oder nicht als tatsächliche Verhaltensänderung wirksam wird: Das Einüben der veränderten Stellung des Klienten zu sich selbst ist v e r m i t t e l t über die erlebensreaktivierende und erlebensveräußernde Verbalisierung des Therapeuten. Damit ist die Stabilisierung des veränderten Selbstbezuges als von der

Verbalisierung unabhängige F ä h i g k e i t des Klienten, abhängig von weiteren Faktoren jenseits der therapeutischen Interaktion:

1. von Voraussetzungen des Klienten, insbesondere seinen Ansätzen reflexiver Fähigkeiten ('Ich-Stärke'). Daß die Klienten der Mißerfolgsgruppe bereits zu Anfang stärker zum negativen Pol des Merkmals tendieren, verweist auf die Bedeutsamkeit dieser Voraussetzungen beim Klienten.
2. Von der S i t u a t i o n, die der Klient zu bewältigen hat. Deren (negativer) Charakter bestimmt das Ausmaß bzw. die Intensität der unmittelbar erlebten Betroffenheit, so daß eine extrem belastende äußere Situation die punktuelle Lösung aus dem Betroffenheitserleben verhindern kann, obwohl der Klient erheblich an Erlebensreflexivität gewonnen hat. Bestärkt wird die Bedeutung der äußeren Situation durch Eckerts Beobachtung, daß die Klienten der Mißerfolgsgruppe weniger hilfreiche Ereignisse außerhalb der Therapie erfahren (Eckert 1974, S. 105). Das Zusammenwirken von subjektiven Ansätzen und objektiver Situation ist möglicherweise auch für Diskrepanzen zwischen subjektiven und objektiven Erfolgsmaßen verantwortlich: Espe fand nur bei 20% der Stichprobe Übereinstimmung zwischen 'subjektiven' und 'objektiven' Erfolgsmaßen, ansonsten herrschte das Auseinanderfallen vor (Espe 1978).

V.3.2. Diskrepanzen zwischen den klientenzentrierten Therapeutenhaltungen und Veränderungen auf seiten des Klienten

Ein weiterer diskrepanter Befund der Untersuchung von Eckert bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen Therapeutenvariablen und Veränderungen seitens des Klienten: Im Gegensatz zur theoretischen Rückführung der positiven Veränderungen auf die klientenzentrierten Haltungen waren diese nicht bedeutsam am Therapieerfolg beteiligt. Die Diskrepanz zwischen The-

rapieausgang und den Therapeutenvariablen betrifft nicht nur die Selbsteinschätzung des Therapeuten - gemessen am Therapeutenerfahrungsbogen (TEB) - und objektive Ratings, sondern teilweise auch Interaktionseinschätzungen durch den Klienten (vgl. Eckert 1974, S. 112 ff., S. 140). Es kann also vorkommen, daß der Klient das Verhalten seines Therapeuten positiv - gemessen an den GPT-Kriterien - erlebt und dennoch keine positive Veränderung erfährt.

Eckert beurteilt diesen Sachverhalt als noch aufzuklärende Widersprüchlichkeit innerhalb der GPT-Forschung. Das vorliegende Interaktionsmodell hingegen schließt Diskrepanzen zwischen Therapeutenverhalten bzw. Interaktionsverlauf und den Veränderungen im Erleben und Verhalten des Klienten außerhalb der Therapie ein: sie sind ein mögliches Resultat des Zusammenspiels zwischen innertherapeutischen Prozessen, subjektiven Voraussetzungen für Selbstkontrolle auf seiten des Klienten und seiner objektiven Situation.

V.3.3. Diskrepanzen zwischen der Variablen 'VeE', Therapieerfolg und Selbsteinschätzung der Verbalisierung durch den Therapeuten

Die von Truax et al (vgl. Truax u. Carkhuff 1967) berichteten Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Variablen 'VeE' und konstruktiven Veränderungen seitens des Klienten werden durch die Untersuchung von Eckert (1974) und Schwartz (1975) nicht bestätigt (vgl. auch Bommert 1971; Minsel et al 1972).

Die fehlenden Zusammenhänge lassen sich teilweise auf die diskutierte Diskrepanz zwischen Therapeutenverhalten und Therapieerfolg zurückführen. Darüber hinaus jedoch ist allen Untersuchungen gemeinsam, daß mit der Variablen 'VeE' emotionale Erlebensgehalte als Gegenstand der therapeutischen Verbalisierung festgelegt sind. Kognitive Verbalis-

sierungen werden infolgedessen bei den Ratings unterbewertet, so daß erfolgreiche kognitiv orientierte Therapeuten eine geringe Ausprägung auf der Variablen 'VeE' erreichen. Eckerts Befund zum TEB 13 bestärkt diese Begründungsmöglichkeit: demnach gibt es keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Einstufung des Therapeutenverhaltens anhand einer 'VeE'-Skala und der Selbsteinschätzung des Therapeuten, 'angemessen' zu verbalisieren (Eckert 1974, S. 171/172). Eine solche Differenz wird nach traditioneller Auffassung in der Regel als Hinweis auf mangelnde Selbstkritik des Therapeuten beurteilt, obwohl sie ebensogut auf die einseitige Bewertung emotionaler Erlebensverbalisierungen auf Kosten der kognitiven Verbalisierungen zurückgeführt werden kann.

V.3.4. Diskrepanzen zwischen verschiedenen Erfolgsdimensionen

Einige der empirisch gesicherten Kriterien des Therapieerfolges lassen sich durch die theoretische Interpretation des klientenzentrierten Prozesses selbst nicht schlüssig begründen und treten so in Gegensatz zu konzeptimmanenten Erfolgsdimensionen: So fand Espe, daß Selbsteinschätzungen des Klienten, die sich auf Problembewältigung, Reflexionsfähigkeit und dergleichen beziehen, erheblich stärker am Gesamterfolg der Therapie beteiligt sind, verglichen mit Indikatoren für emotionale Ausgeglichenheit und Kongruenz (Espe 1978, S. 97/98, S. 119). Desgleichen beobachtete Eckert Diskrepanzen zwischen Indikatoren, die tatsächlich bedeutsam für Fortschritt und Erfolg der Therapie sind, und den der traditionellen Auffassung gemäß eigentlich zu erwartenden.

In bezug auf Item 4 des Klientenerfahrungsbogens (KEB), welches eine kognitive Veränderung der Problemsicht anspricht, war Eckert davon ausgegangen, daß keine systematische Steigerung durch die klientenzentrierte Interaktion stattfinden würde. Im Gegensatz dazu zeigte sich in allen Fällen ein

bedeutsamer systematischer Anstieg auf diesem Item mit fortschreitender Therapie (Eckert 1974, S. 69/70). Dasselbe gilt für Item 10, den wachsenden Optimismus bezüglich der Fähigkeit, Probleme zu bewältigen. Hingegen wurde die GPT-gemäße Annahme, daß durch die Therapie fortschreitende Hemmungen gegenüber dem Therapeuten abgebaut würden zugunsten größerer Offenheit (KEB 6), nicht bestätigt.

Die Veränderung auf KEB 6 war nur geringfügig mit bereits zu Anfang hohen Werten. Offenheit kann also nicht Ziel und Resultat der Therapie sein, sondern geht bereits als Voraussetzung ein, auf der die ausschlaggebenden Veränderungsprozesse aufbauen.

Gemessen an der Auffassung der klientzentrierten Interaktion als emotional günstige, permissive Beziehung, die dem Klienten Entfaltung und Akzeptierung seiner Gefühle ermöglicht, erscheinen diese Befunde überraschend. Die Veränderung in Richtung reflexive Erlebensbezugsnahme und Distanzierung aus der persönlichen Betroffenheit hingegen formuliert einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen den therapeutischen Funktionen der empathischen Verbalisierung und den auf Selbstkontrolle und Problembewältigung bezogenen Erfolgskriterien.

V.4. Die Untersuchungsbefunde im Hinblick auf Diagnostik, Therapie, Ausbildung und Forschung

Es stellt sich nun die Frage, welche Konsequenzen sich über die theoretische Aufklärung des Kognitiven in der klientzentrierten Therapie und einiger diskrepanter empirischer Befunde hinaus für die Forschung und Praxis der GPT ergeben:

1. Was impliziert die Wirksamkeit klientenzentrierter Therapeuten, die ihr Bemühen vorwiegend auf die Kognitionen des Klienten richten und diese verbalisieren?
2. Was folgt aus der tendenziellen Polarisierung zwischen gefühlszentrierter und kognitiver Ausrichtung aufgrund der persönlichen Reaktionspräferenz des jeweiligen Therapeuten?
3. Was folgt aus den therapeutischen Funktionen der empathischen Verbalisierung - der gleichzeitigen Erlebensreaktivation und -veräußerung?

4. Was folgt aus der dadurch vermittelten Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten in Richtung erhöhte Erlebensreflexivität und Selbstkontrollfähigkeit?

V.4.1. Die kognitive therapeutische Tendenz im Hinblick auf die klientenzentrierte Praxis und Ausbildung

In Teil A (Abschn. I.5. und II.3.0.) wurde bereits darauf Bezug genommen, daß die Evaluation der Praxis und die Ausbildung in ihrer offiziellen Form fast ausschließlich emotional geprägt sind: der Therapeut ist hauptsächlich dazu verpflichtet, das emotionale innere Erleben des Klienten einführend zu verstehen und zu verbalisieren. Der Klient soll sich seinen Gefühlen gegenüber öffnen, diese explorieren und annehmen usw.. Dementsprechend gehen die Skalen zur Evaluation des Therapeutenverhaltens vom Verstehen und Verbalisieren des emotionalen Erlebens des Klienten bzw. von den emotionalen Handlungsvariablen aus.

Dies gilt nicht nur für die klassische 'VeE'-Skala, sondern auch für differenziertere Skalen - beispielsweise die von Eckert und Schwartz entwickelte Skalenbatterie (vgl. Eckert 1974, Schwartz 1975; vgl. auch Bommert 1982, S. 92 - 95). Weitergehende Differenzierungen beziehen sich in der Regel eher auf formale Kriterien - wie Konkretheit der Sprache, Gegenwärtigkeit, Intensität usw. -, bei unterstelltem emotionalem Erlebensgehalt.

D.h., eine kognitiv ausgerichtete persönliche Reaktionstendenz wird nicht anerkannt bzw. im Rahmen der Therapieausbildung und Evaluation negativ bewertet. Daß sie sich praktisch durchsetzt, beruht also auf einer 'Gegenreaktion' gegen die theoretisch und ausbildungsmäßig verstärkte emotionale Tendenz. Beides bedingt eine Extremisierung der jeweiligen persönlichen Reaktionsneigung. Umgekehrt ist zu erwarten, daß die Anerkennung und Einbeziehung kognitiver Interventionen insgesamt eine ausgeglichene Therapeutenhaltung er-

möglichst, die Gefühle und Kognitionen des Klienten gleichermaßen als Momente seiner Erlebensunmittelbarkeit versteht und in die Verarbeitung aufnehmen kann.

Wie das in Abschnitt V.1. diskutierte 'Einzelfall-Experiment' deutlich macht, eröffnet die Einbeziehung kognitiver Interventionen in die klientenzentrierte Therapie darüber hinaus ein differentielles Vorgehen: Die Offenheit für kognitive und emotionale Reaktionen ermöglicht dem Therapeuten, seine Haltung zu modifizieren und den Interaktionsbedürfnissen des Klienten anzupassen. Statt den 'kopflastigen' 'gefühlsabwehrenden' Klienten zum 'eigentlichen' emotionalen Erleben zu drängen und damit die Beziehung aufs Spiel zu setzen, kann er das therapeutische Wechselspiel zwischen Verbalisierung und Selbstexploration auf der Ebene des kognitiven Erlebens fortsetzen. Möglicherweise ließe sich durch einen solchen Einsatz kognitiver Interventionen ein Klientenkreis für die GPT erschließen, der dem emotionalen Vorgehen nur schwer oder gar nicht zugänglich ist.

V.4.2. Die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges im Hinblick auf die klientenzentrierte Erfolgskontrolle und Indikation

Nach traditioneller Auffassung müßten eigentlich klientenzentrierte Therapeuten bei guter Realisierung der Kernvariablen, verbunden mit Therapie-Willen seitens des Klienten, auf jeden Fall positive Auswirkungen haben - zumindest auf der Ebene des subjektiven Selbst- und Interaktionserlebens des Klienten. D.h. an für sich sollte es kein Indikationsproblem geben. Andererseits gehört ein Prozentsatz von Psychotherapien, die bei positivem Therapeutenverhalten scheitern, zur Tradition der klientenzentrierten Therapie und zwingt ihr praktisch das Indikationsproblem auf (vgl. Eckert 1974, S. 44; Tausch 1979, S. 189).¹⁾

Demgegenüber enthält die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten und das zugrundeliegende Prozeßmodell Kriterien für immanente Gefährdungen der klientenzentrierten Therapie: d.h. Kriterien der prinzipiellen Indikation bzw. für ggf. erforderliche ergänzende Maßnahmen:

1. Im Unterschied beispielsweise zur Verhaltenstherapie, die über gezielte Verstärkungstechniken am Belohnungsinteresse ansetzt und ggf. auch ohne anfänglichen Veränderungswillen des Klienten Verhaltensmodifikation bewirken kann, setzt klientenzentrierte Interaktion dem Therapie-Modell gemäß ein gewisses Maß an innerem Konflikt und Veränderungswillen voraus bzw. müßte diese ggf. durch vorbereitende Maßnahmen erzeugen.
2. Die Stabilisierung der selbstexplorierenden bezugnehmenden Stellung des Klienten zu seiner Erlebensunmittelbarkeit bis zur vollständigen Aneignung des reflexiven Erlebens als therapie-unabhängige Fähigkeit hängt auch von persönlichen Voraussetzungen des Klienten ab. Insbesondere betrifft dies bereits vorhandene Ansätze für Erlebensreflexivität und Selbstkontrolle ('Ich-Stärke') bzw. den Grad der Kurzgeschlossenheit im Verhältnis zur äußeren Situation. Demnach könnte bei sehr geringer Ausprägung des Klientenmerkmals zu Therapiebeginn ein Mißlingen der Therapie ggf. durch begleitende und/oder anschließende 'ich'-stützende Maßnahmen (z.B. durch therapeutische Gruppen, sozialpädagogische Einflußnahme u.ä.) und/oder durch Hilfe bei objektiven Belastungen verhindert werden.
3. Die Selbstexploration des Klienten wird therapiegefährdend, wenn sie ins Extrem übergeht und zur permanenten Selbstbeobachtung wird, die den persönlichen Bezug zur Erlebensunmittelbarkeit zugunsten der reflexiven Distanz verloren hat. In diesem Fall stellt die Fortsetzung der Verbalisierung ein Risiko dar, das durch erlebensaktivierende und -intensivierende Maßnahmen abgebaut werden müßte.

Ausgehend von den Kriterien des Klientenmerkmals bzw. von entsprechenden Operationalisierungen ließen sich derartige Gefährdungspunkte prätherapeutisch und/oder therapiebegleitend diagnostizieren, um entgegenwirkende Maßnahmen einzuleiten.

Eine weitere Möglichkeit eröffnet das untersuchte Klientenmerkmal in bezug auf langfristige Erfolgsprognosen und auf kognitive Erfolgskriterien: Da das Merkmal inhaltlich die Veränderung des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten im emotionalen und im kognitiven Erlebensbereich innerhalb der therapeutischen Interaktion und Fähigkeiten zur Situationsbewältigung außerhalb der Therapie miteinander verbindet, bietet es sich als Ausgangspunkt für ergänzende Erfolgs und Prognose-Kriterien an.

Diese Perspektiven, die das Klientenmerkmal für die GPT-Praxis, Indikation und Erfolgskontrolle enthält, sind zunächst in erster Linie ein Auftrag an die GPT-Forschung, das Zusammenwirken der beteiligten Einflußgrößen im einzelnen empirisch abzuklären.

V.5. Zusammenfassung der Diskussion

Aus der Diskussion der Befunde zur kognitiven klientenzentrierten Tendenz und zur Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten im Hinblick auf die konzeptionelle Entwicklung der GPT soll abschließend festgehalten werden:

1. Die Polarisierung zwischen gefühlszentrierten und kognitiven Tendenzen in der Praxis bestätigt die Annahme, daß die GPT-Kontroverse zwischen der gefühlszentrierten und der kognitiv orientierten Position, die auf theoretischer und methodologischer Ebene Formen des 'Streites' annimmt, auf alternative Tendenzen in der Praxis zurückzuführen ist.

2. Die Befunde zur kognitiven Praxistendenz und zur Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten bestärken die Rolle der klientenzentrierten Verbalisierung und die theoretische Konzeption ihrer therapeutischen Funktionen: demnach gewinnt der Gesprächspsychotherapeut einen spezifischen *t h e r a p e u t i s c h e n* Einfluß dadurch, daß er mit seiner Verbalisierung Erlebensunmittelbarkeit für den Klienten zugleich reaktiviert und als (Ver-)äußerung objektiviert. Diese Funktionen wirken gleichermaßen auf emotionale und kognitive Momente der Erlebensunmittelbarkeit des Klienten.
3. Die Wirkung klientenzentrierter Therapie in Richtung erhöhte Reflexivität des Selbst- und Erlebensbezuges des Klienten eröffnet eine grundlegende kognitive Dimension, die dem für GPT spezifischen Kommunikationsmodus eigen ist. Diese Dimension stellt als unmittelbares Resultat des Wechselspiels zwischen Verbalisierung und Selbstexploration zugleich den Zusammenhang her zu Merkmalen der Selbstkontrolle und Problemlösefähigkeit außerhalb der Therapie.
4. Diskrepanzen innerhalb der GPT-Forschung lassen sich durch die Befunde der Untersuchung und ihre theoretische Begründung aufklären: so die erfolglosen Therapien bzw. Diskrepanzen zwischen Fortschritten innerhalb der Therapie und Stagnation oder Rückschritten gemessen an außertherapeutischen Kriterien psychischer Stabilität, Widersprüchlichkeiten zwischen unterschiedlichen Veränderungsdimensionen, fehlende Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der klientenzentrierten Therapeutenvariablen und Veränderungen auf seiten des Klienten, sowie eine Kluft zwischen den Kriterien psychischer Stabilität, wie sie aus den traditionellen GPT-Konzepten folgen, und gesicherten kognitiven Dimensionen des psychischen Funktionierens.

6. Die - am Einzelfall realisierte - Möglichkeit, kognitive resp. emotionale Verbalisierungen dem Konflikterleben des Klienten gemäß differentiell einzusetzen, könnte einen Klientenkreis für die GPT eröffnen, der sich dem gefühlsempathischen Verbalisieren emotionaler Erlebensgehalte bzw. einer gefühlsbezogenen Selbstexploration widersetzt. Konflikte des Klienten im kognitiven Erlebensbereich sind damit gleichermaßen therapeutisch beeinflussbar.
7. Das Klientenmerkmal enthält Kriterien
 - a) für die GPT-Indikation - speziell die Indikation vorbereitender und/oder therapiebegleitender ergänzender Maßnahmen -,
 - b) für langfristige Erfahrungsprognosen und
 - c) für kognitive Dimensionen des Erfolges klientenzentrierter Therapie.

Anmerkungen V

- 1) Die Selbsteinschätzungen des Therapeuten ergaben einen Summenwert von + 5 bezogen auf den emotionalen Bereich, von - 2 bezogen auf den kognitiven Bereich. Die Fremdeinschätzungen des Therapeuten durch den Klienten ergaben den Wert + 16 (emotionaler Bereich) und - 8 (kognitiver Bereich).
- 2) Eckert spricht a.a.O. von 25% Anteil 'nicht gebesserter' Klienten - d.h. solche mit keinem oder negativem Erfolg - an der behandelten Klientenpopulation.

LITERATURVERZEICHNIS

- ALLERBECK, K.: Meßniveau, Analyseverfahren und das Problem der strittigen Intervallskalen, Zeitschrift für Soziologie 1978, S. 199.
- AMELANG, M./Bartussek, D.: Persönlichkeitsstruktur und Studienrichtung. In: Psychologische Beiträge 13, S. 7 - 25, Meisenheim 1971
- ANDERSON, W.: Personal Growth and Client-Centered Therapie: an information-processing view. In: Wexler, A.D. und Rice, L.N. (Hrsg.): Innovations in Client-centered Therapie, New York 1974
- AUCKENTHALER, A.: Möglichkeiten der Evaluation von klientenzentrierter GPT in der Praxis. In: Kongreßbericht, Berlin 1980, Hrsg. Schulz. W./Hauzinger, M., Bd. 2, Tübingen/Köln 1980
- AUCKENTHALER, A.: 'Integrationsverweigerung': gegen den Einsatz klientenzentrierter Psychotherapie als Hilfsmethode der VT. In: GwG-Info 42, 1981a), S. 12 - 27
- AUCKENTHALER, A.: Buchbesprechung (Kwiatkowski, E.: Psychotherapie als subjektiver Prozeß). In: GwG-Info 42, 1981b), S. 31 - 35
- AUCKENTHALER, A.: Klientenzentrierte Partnertherapie versus klientenzentrierte Einzeltherapie. Ein Beitrag zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie. In: Neue Konzepte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von E. Biehl et al, S. 138 - 142, München 1982
- BABEL, M./Eckert, J./Langer, J./Schwartz, H.J.: Prozeßmerkmale in psychotherapeutischen Anfangsgesprächen: Eine Analyse neuer Merkmalskonzepte in der Gesprächspsychotherapie. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Göttingen 1978
- BARRET-LENNARD, G.T.: Dimensions of therapeutic response as causal factors in therapeutic change. In: Monographs Nr. 76, 1962, S. 3 - 4
- BASTINE, R.: Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien. In: Jankowski, P./Tscheulin, D./Fietkau, H.J./Mann, F. (Hrsg.): Klientenzentrierte Therapie heute. Erster europäischer Kongreß der GPT, Göttingen 1976
- BASTINE, R.: Adaptive Indikation in der zielorientierten Psychotherapie. In: Baumann, U. (Ed.): Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung, S. 158 - 168, München 1981

- BAULITZ, U./Flötmann, U./Lohse, H.: Gesprächspsychotherapie bei Delinquenten einer sozialtherapeutischen Anstalt. Indikation, Organisationsbedingungen und Erfolg. In: GwG-Info Nr. 33, 1978
- BAUMANN, Ch.: Veränderung des persönlichen Konstruktsystems bei der Ausbildung von Gesprächspsychotherapeuten, Dissertation, Universität des Saarlandes, 1981
- BAUMANN, U.: Methoden zur quantitativen Erfassung des Unterrichtsverhalten, Bern 1974
- BECK, A.T.: Wahrnehmung und Wirklichkeit der Neurose, München 1979
- BECK, A.T.: Kognitive Therapie. In: Quekelberghe, R. van (Hrsg.): Modelle kognitiver Therapien, München/Wien/Baltimore 1979b)
- BENTE, A.: Experiencing. In: Grunewald, W. (Hrsg.) Kritische Stichwörter - Gesprächspsychotherapie, S. 90 - 103, München 1979
- BENTE, A.: Erleben in der Gesprächspsychotherapie, Weinheim 1977
- BENTE, G.: Buchbesprechung (Howe, J. 1980, Prozeßgeschehen in der Gesprächspsychotherapie). In: GwG-Info Nr. 43, 1981, S. 59 - 61
- BESOZZI, C./Zehnpfennig, H.: Methodische Probleme der Indexbildung. In: Nieken-Mayser, M./Koolwijk, J. (Hrsg.) Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd.5, Testen und Messen, München/Wien 1976
- BETZ, D.: Skalierungsverfahren. In: Nieken-Mayser, M./Koolwijk, J. (Hrsg.), Techniken der empirischen Sozialforschung Bd. 5, Testen und Messen, München/Wien 1976
- BIEHL, E./Jaeggi, E./Minsel, W.R./Quekelberghe, R.v./Tscheulin, D. (Hrsg.): Neue Konzepte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, München 1982, 1. Aufl.
- BIERMANN-RATJEN, E.M./Eckert, J./Schwartz, H.J.: Verändern durch Verstehen, Stuttgart 1979
- BIERMANN-RATJEN, E.M./Eckert, J./Schwartz, H.J.: Eine Stellungnahme zu den Diskussionsbemerkungen von W. Pfeiffer. In: GwG-Info Nr. 40, 1980a), S. 14 - 19

- BIERMANN-RATJEN, E.M./Eckert, J./Schwartz, H.J.: Wider die Methodenintegration in der PT. In: W. Schulz und M. Hautzinger (Hrsg.) Klinische Psychologie und Psychotherapie, Kongreßbericht Berlin 1980, Bd. I, S. 37 - 42, Tübingen/Köln 1980b)
- BIERMANN-RATJEN, E.M./Eckert, J./Schwartz, H.J.: Zum Empathiebegriff in der Gesprächspsychotherapie. In: GwG-Info Nr. 43, 1981, S. 42 - 49
- BIERMANN-RATJEN, E.M./Eckert, J./Müller, K./Schacher, G.: Diagnostik und Therapie von Borderline Patienten. In: Schulz, W./Hautzinger, M. (Hrsg.) Kongreßbericht Berlin 1980, Bd. IV, Tübingen/Köln 1980
- BIERMANN-RATJEN, E.M./Eckert, J.: Du sollst merken, wie willst du sonst verstehen? Plädoyer für das tiefenpsychologische Modell der Entwicklung Person in der GPT. In: Neue Konzepte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von E. Biehl et al, S. 36 - 39, München 1982
- BIRKHAN, G./Struck, K.G.: Systemtheoretische Erklärung von Theorieprozessen. In: GwG-Info Nr. 32, 1978, S. 55 - 61
- BOMMERT, H.: Die Prozeßvariablen SE und VEE in ihrer Bedeutung für die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Dissertation, Hamburg 1971
- BOMMERT, H.: Der therapeutische Prozeß unter dem Gesichtspunkt des Lernens. In: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, hrsg. von GwG, S. 79 - 86, München 1975
- BOMMERT, H.: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart 1977
- BOMMERT, H.: Therapieorientierte Diagnostik. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, S. 177 - 187, Tübingen/Köln 1980
- BOMMERT, H.: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart 1982
- BOMMERT, H.: Feststellung psychischer Gesundheit, psychischer Störungen und deren Bedingungen. In: Diagnostik und Praxis-kontrolle in der klinischen Psychologie, S. 8/9, München 1982
- BOMMERT, H./Dahlhoff, E.: Forschungs- und Trainingsmanual zur deutschen Fassung der Experiencing-Skala. In: Bommert, H./Dahlhoff, E. (Hrsg.) Das Selbsterleben in der Psychotherapie, München 1978

- BOMMERT, H./Petermann, F. (Hrsg.): Diagnostik und Praxis-
kontrolle in der klinischen Psychologie,
München 1982
- BORNEMANN, E.: Grenzen der Psychotherapie - Neun Fragen an
die Praxis. In: Kongreßbericht 80, hrsg. von Schulz, W./
Hautzinger, M., Bd. V, S. 15 - 23, Berlin 1980a)
- BORNEMANN, E.: TAZ, Februar 1980b)
- BREUER, K.P./Ketzer, G.: Interview mit Prof. E.T. Gendlin.
In: GwG-Info Nr. 36, 1979, S. 53 - 59
- BRIERI, .: Cognitive complexity-simplicity an predictive be-
haviour. In: Journal of abnormal an social psychology
Nr. 61, S. 370 - 379, Boston 1955
- BROADBENT, D.E.: The communication model of memory. In:
Thailand, G.A.: The pathologie of memory, New York 1979
- BOTTENBERG, E.H.: Phenomenal and operational characterisa-
tion of factoranalytically derived dimensions of emotions.
In: Psychological Reports Nr. 37, S. 1253/54, 1975
- BUTTGEREIT, P.: Testdiagnostik. In: Wittling, W. (Hrsg.)
Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 1, S. 148 - 221,
Hamburg 1980
- CARKHUFF, R.R.: Helping and human relations: a primer for
lay an professional helpers. Volume I: Selektion and
training. Volume III: Practice an research, New York 1969
- CATTELL, R.B.: The main personality-factors in questionnaire
self-estatement-material. In: Journal of social psycho-
logie Nr. 31, S. 3 - 38, Boston 1950
- CLAUSS, G./Ebner, H.: Grundlagen der Statistik für Psycholo-
gen, Pädagogen und Soziologen, Frankfurt/Zürich 1971
- COULSON, W.R.: Ähnlichkeiten und Unterschiede bei klientzen-
trierter Einzel- und Gruppentherapie. In: Neue Konzepte
der klinischen Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von
E.Biehl et al, S. 144 - 149, München 1982
- CRANACH, M.V.J./Frenz, H.G.: Systematische Beobachtung. In:
Graumann, G.F. (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Bd. 7,
2. Halbbd., S. 269 - 324, Göttingen 1969
- CRONBACH, L.J./Meehl, P.E.: Construct validity in psychological
tests, Psychological Bulletin Nr. 52, S. 281 - 302,
Princeton 1955

- DENTLER, J.: Analyse des Spiel- und Gesprächsverhaltens in der klientenzentrierten Kindertherapie unter besonderer Berücksichtigung des Therapeutenverhaltens, unveröff. Diplomarbeit, Kiel 1977
- DEUTSCHMANN, M./Meurer, K.: Selbstkonzeptforschung und das psychoanalytische Konstrukt der Ich-Grenzen. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, S. 89 - 104, Tübingen/Köln 1980
- DÖRNER, K. in: Bericht im Rahmen der Psychiatrie-Enquete 1980 in der TAZ, 24.10.1980
- DOLLARD, J./Miller, N.E.: Personality an Psychotherapy, New York 1950
- DUHM, E. (Hrsg.): Praxis der klinischen Psychologie, Bd. 2, Göttingen 1971
- ECKERT, J.: Prozesse in der Gesprächspsychotherapie: Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Therapeut im Hinblick auf Therapieverlauf und Therapieerfolg, Dissertation, Hamburg 1974
- EGGERT, D.: Untersuchung zur psychometrischen Eignung des neuen Fragebogens der neurotischen Tendenz und Extraversion nach Eysenck. In: Duhm, E. (Hrsg.) Praxis der klinischen Psychologie, Bd. 2, Göttingen 1971
- EGGERT, D.: Eysencks Persönlichkeits-Inventar (EPI), Göttingen 1974
- ELLIS, A.: Die rational emotive Therapie, München 1977
- ESPE, H.: Untersuchung zu Prozeßerfahrungen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie im Anfangsstadium und im Verlauf der Therapie und ihr Zusammenhang mit Therapieerfolg, Dissertation, Berlin 1978
- ESPE, H.: Zusammenhänge zwischen Prozeßerfahrungen und Therapieerfolg in der Gesprächspsychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger M., Bd. II, S. 111 - 125, Tübingen/Köln 1980
- EYSENCK, H.P.: Das "Maudsley Personality Inventory" als Bestimmer der Neurotischen Tendenz und Extraversion, Göttingen 1959
- EYSENCK, H.P./Eysenck, S.B.G.: Personality, structure and measurement, London 1969

- EYSENCK, H.P./Soueif, M.J./White, P.O.: A print factorial study in the Guilford, Cattell and Eysenck scales. In: Eysenck, H.P./Eysenck, S.B.G. Personality, structure and measurement, S. 171 - 194, London 1969a)
- EYSENCK, H.P./ Soueif, M.J./White, P.O.: Factors in the Cattell Personality Inventory. In: Eysenck, H.P./Eysenck, S.B.G. Personality, structure and measurement, S. 218 - 228, London 1969b)
- EYSENCK, H.P./Soueif, M.J./White, P.O.: Factors in the Guilford Personality Inventory. In: Eysenck, H.P./Eysenck, S.B.G., Personality, structure and measurement, S. 229 - 250, London 1969c)
- FALBESANER, T.: Gesprächspsychotherapie heute - Artistik mit Netz und ohne Boden. In: GwG-Info Nr. 31, 1978, S. 32 - 35
- FARLEY, F.: Extraversion and stimulus-seeking motivation. In: Journal of Counseling Psychology Nr. 31, 1967, S. 215 - 216
- FIEDLER, P.A.: Wider die Methodenintegration: Argumente für eine problemorientierte Psychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, S. 43 - 50, Tübingen/Köln 1980
- FIEGUTH, G.: Beobachtungstraining. In: U. Mees/H. Selg (Hrsg.) Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation, Stuttgart 1977
- FIETKAU, H.J.: Phänomenologische oder naturwissenschaftsorientierte GPT - ein Gegensatz? In: GwG-Info Nr. 27, 1977, S. 39 - 47
- FIETKAU, H.J./Thiede, L.: Gesamtgesellschaftliche Gesichtspunkte in Theorie und Praxis des klientenzentrierten Konzeptes. In: GwG (Hrsg.) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München 1975
- FLEISCHER, Th.: Psychologische Beratung versus Psychotherapie. In: GwG-Info Nr. 49, S. 13 - 43, Köln 1982
- FLIEGEL, S./Kröger, W.M./Künzel, R./Schulte, D./Sorgatz, H.: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden, München/Wien/Baltimore 1981
- FORD, D.H./Urban, H.B.: Systems of Psychotherapy New York 1963

- FRANKE, A.: Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen. In: Kongreßbericht 80, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. III, S. 181 - 193, Berlin 1980a)
- FRANKE, A.: Klientenzentrierte Psychotherapie bei Patienten mit Anorexia Nervosa. In: Kongreßbericht 80, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. III, S. 227 - 287, Berlin 1980b)
- FREUD, S.: Gesammelte Werke, Frankfurt 1950
- GENDLIN, E.T.: A theory of personality change. In: Hart, J.T./Tomlinson, T.A. New directions in client-centered Therapy, Boston 1970
- GENDLIN, E.T.: Client-centered an experiential psychotherapy. In: D.A. Wexler/L.N. Rice (Hrsg.) Innovations in client-centered Therapy, New York 1974
- GENDLIN, E.T.: Theorie der Persönlichkeitsänderung. In: Dahlhoff, E./Bommert, H. (Hrsg.) Das Selbsterleben in der Psychotherapie, S. 1 - 62, München 1978
- GENDLIN, E.T.: How I teach Focusing, unveröff. Manuskript 1979
- GENDLIN, E.T.: Client-centered Therapy as a frame of reference for training: The use of focusing during psychotherapy. In: Moor, W.de/Wijngaarden, H.R. (Eds.) Psychotherapy: research an training, Elsevier 1980
- GENDLIN, E.T.: Focusing, Salzburg 1982
- GEUSS, H./Howe, J./Schmelz, C.: Mentale Repräsentation und therapeutische Intervention - Zur Frage kognitiver Anteile psychotherapeutischer Behandlung. In: Neue Konzepte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von E. Biehl et al, S. 60 - 66, München 1982
- GIBSON, J.J.: The senses considered as conceptual systems, New York 1966
- GRAWE, K.: Der gegenwärtige Stand der Indikationsfrage in der Psychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. III, Tübingen/Köln 1980
- GRAWE, K.: Differentielle Psychotherapie I, Bern 1976
- GRAWE, K./Plog, U.: Zur differentiellen Indikation von GT und VT bei Patienten mit schweren Phobien. In: Jankowski, P./Tscheulin, D./Fietkau, H.J./Mann, F., Klientenzentrierte Therapie heute. Erster europäischer Kongreß der GPT, Göttingen 1976

- GRÖSCHKE, D.: Gesprächstherapie und Rational-Emotive Therapie in Kontrast. In: GwG-Info Nr. 36, S. 40 - 47, 1979
- GRUNEWALD, W. (Hrsg.): Kritische Stichwörter - Gesprächspsychotherapie, München 1979
- GUILFORD, J.P.: Psychometric methods, New York 1954
- GUILFORD, J.P.: Persönlichkeit, Weinheim 1961
- GwG (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München 1975
- HALEY, J.: Strategies of Psychotherapy, New York 1963
- HARTIG, M.: Selbstkontrolle, München 1973
- HASELMANN, S./Quekelberghe, R.van: Ordnungsmodelle pathogener Informationsverarbeitung. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, S. 129 - 141, Tübingen/Köln 1980
- HEINERTH, K.: Integriertes Therapeutenverhalten im klientenzentrierten Konzept: Auswirkung von gefühlsverbalisierendem Therapeutenverhalten (VeE) und alternativen Interventionen auf Selbstexploration und Selbsterleben (Experimenting) von Klienten. In: GwG-Info Nr. 41, S. 1 - 12, 1980
- HELM, J.: Gesprächspsychotherapie, Berlin 1978 (1980)
- HOCKEL, M.: Langeweile, ein empirischer Zugang, unveröff. Diplomarbeit, Würzburg 1968
- HOFFMANN, N.: Grundlagen der kognitiven Therapien. Theoretische Modelle und praktische Anwendung, Bern/Stuttgart/Wien 1979
- HOLLING, H./Schmidt, J.: Zum Strukturvergleich von realem Selbstbild, idealem Selbstbild und idealem Therapeutenbild. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, Köln 1980
- HORNTHAL-GREVE, V.: Einige Überlegungen zu expliziten und impliziten Annahmen der GPT. In: GwG-Info Nr. 34, S. 22 - 25, 1979
- HOWE, J.: Integratives Handeln in der Psychotherapie. Ein Kompendium zur Kombination therapeutischer Verfahren, Weinheim 1982
- HOWE, J.: Prozeßgeschehen in der GPT. Versuch einer Klärung, Frankfurt 1980

- HÜTTNER 1979, in: Grunewald, W.; Kritische Stichwörter zur GPT, S. 190.
- HUBBERTZ, K.-P.: Überlegungen zur Methodenintegration auf der Grundlage einer klientzentrierten Psychotherapie. In: GwG-Info Nr. 50, S. 21 - 34, Köln 1983
- HUBER, H./Schmerkotte, H.: Meßtheoretische Probleme der Sozialforschung. In: Nieken-Mayser, M./Koolwijk, J. (Hrsg.) Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 5, Testen und Messen, München/Wien 1976
- HÜBNER, W.: Was heißt: Verändern durch Verstehen? Überlegungen zum sich anbahnenden Paradigmawechsel im Verständnis der GPT. In: Neue Konzepte in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von E. Biehl, S. 40 - 45, München 1982
- HUTTER, A.: Buchbesprechung: Psychosoziale Praxis - Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, hrsg. von H. Keupp und D. Rerrich. München 1982. In: GwG-Info Nr. 50, S. 92 - 93, Köln 1983
- ICHEISER, G.: Appearances of Personality, San Franzisko 1970
- JANKOWSKI, P./Tscheulin, D./Fietkau, H.J./Mann, F.: Klient-zentrierte Therapie heute. Erster europäischer Kongreß der GPT, Göttingen 1976
- JUCHLI, E./Köhne, F./Wild-Missong, A./Wiltschko, J.: Das international Focusing Network (IFN) und das IFN-Büro München. In: GwG-Info Nr. 50, S. 84 - 88, Köln 1983
- KAGAN, J.: The determinants of attention in infants. In: American scientist, S. 298 - 306, 1970
- KAISER, P.: Kompetenztraining zur Bewältigung von Lebens-situationen als Beispiel integrativer Psychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, Tübingen/Köln 1980, S. 141 - 156
- KELLEY, G.A.: The Psychology of Personal Constructs, New York 1955
- KENT, R.N./Forster, S.L.: Direct observational procedures, methodological issues in naturalistic settings. In: A.R. Ciminero et al (Hrsg.) Handbook of behavioural assessments, New York 1977
- KERLINGER, D.: Grundlagen der Sozialwissenschaft, Bd. I, Weinheim/Basel 1975
- KERLINGER, D.: Grundlagen der Sozialwissenschaft, Bd. 2, Weinheim/Basel 1975

- KESSEL, W.J.N. van: Abriß einer Beschreibung des therapeutischen Prozesses in Interaktionsbegriffen. In: Jankowski, P./Tscheulin, D./Fietkau, H.J./Mann, F.: Klientenzentrierte Therapie heute. Erster europäischer Kongreß der GPT, Göttingen 1976
- KEUPP, H.: Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen, das medizinische Modell und mögliche Alternativen. In: Kraiker, Chr. (Hrsg.) Handbuch der Verhaltenstherapie, München 1974
- KEUPP, H.: Normalität und Abweichung, München 1979
- KEUPP, H.: Die psychosoziale Versorgung in der BRD. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 6, S. 118 - 139, Hamburg 1980
- KEUPP, H./Rerrich, D. (Hrsg.): Psychosoziale Praxis - Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, München/Wien/Baltimore 1982
- KIESLER, D.J.: Some myths of psychotherapeutic research and the search for a paradigm. In: Psychological Bulletin Nr. 65, 1966, S. 110 - 136
- KIESLER, D.J.: The process of psychotherapy: empirical foundations and systems of analyses, Chicago 1973
- KLEIBER, D.: Das Problem der Zielfestlegung in der Psychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, Tübingen/Köln 1980, S. 345 - 352
- KLEIBER, D.: Buchbesprechung: Psychosoziale Praxis - gemeindepsychologische Perspektiven. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München 1982. In: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von F. Petermann, S. 136 - 139, Weinheim/Basel 1982
- KÖNIG, F.: Die Verbesserung der Problemlösefähigkeit durch gesprächspsychotherapeutische Reduktion internal motivierter Konflikte. In: Jankowski, P. et al: Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Erster europäischer Kongreß der GPT, Göttingen 1976
- KÖNIG, F./Otto, J.: Problemlösen. In: Grunewald, W. (Hrsg.) Kritische Stichwörter - Gesprächspsychotherapie, S. 158 - 170, München 1979
- KÖNIG, F./Liepmann, D./Holling, H./Otto, J.: Das Konzept der Problemlösefähigkeit in der Psychotherapie - theoretische Grundlagen und empirische Analyse eines Fragebogens zum Problemlösen. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Reihe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bd. II, S. 227 - 245, Tübingen/Köln 1980

- KOMMER, D./Linsenhoff, A.: Zielorientierte Psychotherapie als interaktioneller Problemlöseprozeß: Heuristische Überlegungen zu Problemlösungsgrundlagen. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, Tübingen/Köln 1980, S. 157 - 170
- KRAFT, V.: Erkenntnislehre, Wien 1960
- KRAIKER, Ch.: Bemerkungen über theoretische und empirische Grundlagen der VT. In: Kraiker, Ch. (Hrsg.) Handbuch der Verhaltenstherapie, München 1974
- KRAUSE, R.: Kombination therapeutischer Vorgehensweisen. In: Jankowski, P. et al (Hrsg.) Klientenzentrierte Therapie heute, S. 208 - 213, Göttingen 1976
- KROPF, D.: Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie, Göttingen 1976
- KROPF, D.: Die Methodik der Beurteilung psychischer Zustände nach therapeutischen Maßnahmen als komplexes System. In: Diagnostik und Praxiskontrolle in der Klinischen Psychologie, hrsg. von H. Bommert und F. Petermann, S. 50 - 55, München 1982
- KRUSE, O./Juhl, K.: Über einige Probleme im Verhältnis von Therapieforschung und Praxis. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, S. 303 - 311, Tübingen/Köln 1980
- KWIATKOWSKI, E.: Psychotherapie als subjektiver Prozeß, Weinheim/Basel 1980a)
- KWIATKOWSKI, E.: Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte - Die naturwissenschaftlich geprägte Version von Empathie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, Tübingen/Köln 1980b)
- LACHLAN, J.F.C. Mc: Benefit from group-therapy as a function of patient-therapist-match on conceptual level. In: Psychotherapy - theory, research and practice Nr. 9, S. 317 - 323, 1972
- LAING, R. u.a.: Schizophrenie und Familie, Frankfurt 1972
- LAMOTT, H./Soukos-Valvani, I.: Cognitive Science: Ein Weg zum besseren Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses? In: Neue Konzepte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, hrsg. von E. Biehl et al, S. 66 - 72, München 1982
- LANGEN, D.: Psychotherapien: Kompendium für Studierende und Ärzte, Stuttgart 1973

- LANGER, I./Schulz von Thun, F.: Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik: Rating Verfahren, München/Basel 1974
- LANGER, K./Steinhausen, O.: Clusteranalyse, Einführung in die Methoden und Verfahren der automatischen Klassifikation, Berlin 1977
- LEONTJEW, A.J.: Tätigkeit, Bewußtsein und Persönlichkeit, Stuttgart 1977
- LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse, Weinheim 1961
- LOHMANN, J.: Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 2, S. 15 - 43, Hamburg 1980
- LOHSE, H./Röbbling, G.: Therapie von nicht-inhaftierten Sexualstraftätern. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. V, Tübingen/Köln 1980
- LYNN, R.: Introversion and arousal lag. In: British Journal of Clinical Psychology Nr. 1, S. 150 - 151, 1962
- MAHONEY, M.J.: Reflections on cognitive learning trends in psychotherapy. American Psychologist Nr. 32, S. 5 - 13, 1977
- MAHONEY, M.J.: Psychotherapieerfolg: Implikationen kognitiver Konstrukte. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I. S. 23 - 37, Tübingen/Köln 1980
- MANZ, W.: Die Beobachtung verbaler Kommunikation von Zufallsstichproben. In: Nieken-Mayser, M./Koolwijk, J. (Hrsg.) Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 3, Erhebungsmethoden: Beobachtung und Analyse von Kommunikation, München/Wien 1974
- MARTIN, D.G.: Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß, Salzburg 1975 (Monterey 1972)
- MATTEJAT, F./Brumm, J.: Kommunikationstheoretische Grundlagen. In: Pongratz, L.J., Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 1. Halbbd., Göttingen 1977
- MEES, U.: Zur Validität von Verhaltensbeobachtungen. In: Mees, U./Selg, H. (Hrsg.) Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation, Stuttgart 1977
- MEMPEL, S./Müller, E.: Empirische Überprüfung einer konflikttheoretischen Betrachtung des gesprächspsychotherapeutischen Prozesses, unveröff. Diplomarbeit, Kiel 1978

- MEMPEL, S./Müller, E./Zielke, M.: Konfliktnäherung in der Psychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, S. 125 - 131, Tübingen/Köln 1980
- MERTENS, W./Fuchs, G.: Krise der Sozialpsychologie, München 1978
- MINSEL, W.-R.: Indikation und Kontraindikation in der Gesprächspsychotherapie. In: GwG (Hrsg.) Die klientenzentrierte GPT, München 1975
- MINSEL, W.-R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie, Wien/Köln/Graz 1979a) (4. Auflage)
- MINSEL, W.-R.: Gutachten zur Gesprächspsychotherapie, GwG-Sonderinfo, Köln 1979b)
- MINSEL, W.-R./Bente, G.: Entwicklung der GPT und ihr neuester Stand, Anlage II. In: Gutachten zur GPT, hrsg. von W.-R. Minsel, Köln 1979
- MINSEL, W.-R./Bente, G.: Stand, Probleme und Ziele in Psychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. V, S. 119 - 135, Tübingen/Köln 1980a)
- MINSEL, W.-R./Bente, G.: Gesprächspsychotherapie. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 2, S. 139 - 160, Hamburg 1980b)
- MINSEL, W.-R./Bommert, H./Bastine, R./Langer, I./Nickel, H./Tausch, R.: Weitere Untersuchung der Auswirkung und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie Nr. 3, 1973
- MINSEL, W.-R./Langer, I.: Methodisches Vorgehen zum Erfassen von Psychotherapie-bedingten Veränderungen - eine Diskussion. In: Bericht des 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, S. 646 - 651, Göttingen 1973
- MINSEL, W.-R./Zielke, M.: Theoretische Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächstherapie. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Bd. 8.2, S. 953 - 980, Göttingen 1978
- MOHAZAB, F./Ueckert, H.: Interaktionsorientierte Psychotherapie: ein handlungsleitendes Therapiekonzept auf gesprächstherapeutischer Grundlage. In: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, H. 1, Okt. 82, Jg. 1, S. 29 - 46

- MÜLLER P.H.: Lexikon der Stochastik, Wahrscheinlichkeitsrechnung und mathematische Stochastik, Darmstadt 1975
- MUCHIELLI, R.: Das nicht-direktive Beratungsgespräch, Salzburg 1972
- MÜTHER, M.: Die Eignung des MMPI als Meßinstrument zur Veränderungs-messung für Effekte der GPT, Universität Köln 1978, Dissertation
- NEISSER, U.: Cognitive Psychology, New York 1967
- NICKEL, W./Lehnert, W.: Kategoriensysteme zur Erfassung von Therapeuten- und Klientenvariablen in der GPT-Forschung. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, Tübingen/Köln 1980
- NIEKEN-MAYSER, M./Koolwijk, J. (Hrsg.): Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 5, Testen und Messen, München/Wien 1976
- NOACK, H./Petermann, F.: Die Prüfung von Verlaufsannahmen in der therapeutischen Praxis. In: Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, S. 9 - 28, 1982
- PAVEL, F.G.: Die Entwicklung der klientzentrierten Psychotherapie in den USA von 42 - 73. In: GwG (Hrsg.) Die klientzentrierte GPT, S. 25 - 42, München 1975
- PAVEL, F.G.: Die klientzentrierte Gesprächspsychotherapie, Reihe: Leben lernen Nr. 31, München 1978
- PAVEL, F.G.: Klientenzentrierte Therapeuten - dürfen sie folgerichtig denken und kreativ handeln oder ist Intuition im Hier und Jetzt die alleinige Richtschnur ihres therapeutischen Vorgehens? In: GwG-Info Nr. 50, S. 9 - 20, Köln 1983
- PAWLIK, K.: Dimensionen des Verhaltens, Bern 1968
- PEAK, H.: Problems of objective observation. In: Festinger, L./Katz, D. (Hrsg.) Research Methods in the Behavioral Sciences, New York 1966
- PERREZ, M.: Gesprächspsychotherapie als Therapie internal motivierter Konflikte. In: GwG (Hrsg.) Die klientenzentrierte GPT, S. 86 - 97, München 1975
bzw. in: Jankowski, P. u.a. (Hrsg.) Die klientenzentrierte Therapie heute, Göttingen 1976
- PETERMANN, F.: Methodische Grundlagen Klinischer Psychologie, Weinheim 1977

- PETERMANN, F.: Übertragung von klinischen Forschungsansätzen in die therapeutische Praxis. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, Tübingen/Köln 1980
- PETRIE, A. u.a.: The tolerance for pain and sensory deprivations. In: American Journal of Psychology Nr. 73, S. 80 - 90, 1960
- PETROSSIAN, H.H.: Thesen im Hinblick auf ein Symposium der GwG zum Klientenzentrierten Konzept in Psychotherapie und Beratung. In: GwG-Info Nr. 50, S. 34 - 41, Köln 1983
- PFEIFFER, W.M.: Zur Erfassung des therapeutischen Prozesses mit Hilfe komplexer Skalen. In: GwG (Hrsg.) Die klientenzentrierte GPT, München 1975
- PFEIFFER, W.M.: Erlebnisaktivierendes Vorgehen in der GPT und seine Erfassung durch die Erlebensintensitätsskala. In: Jankowski, P. u.a. (Hrsg.) Klientenzentrierte Therapie heute, Göttingen 1976
- PFEIFFER, W.M.: Buchbesprechung (Biermann-Ratjen et al: Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen). In: GwG-Info Nr. 39, S. 21 - 26, 1980a)
- PFEIFFER, W.M.: Fortsetzung der Diskussion mit Biermann-Ratjen, E.M. et al. In: GwG-Info Nr. 41, S. 38 - 43, 1980b)
- PHILLIP-DORMSTON, G.G.: Vermeidungsverhalten in der Gesprächspsychotherapie, Dissertation, Kiel 1979
- PHILLIP-DORMSTON, G.G.: Vermeidungsverhalten in der Gesprächspsychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II. S. 237 - 149, Tübingen/Köln 1980
- PONGRATZ, L.J.: Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 1. Halbbd., Göttingen 1977
- PONGRATZ, L.J.: Handbuch der Psychologie, Bd. 8., 2. Halbbd., Göttingen 1978
- PLOG, U.: Differentielle Psychotherapie II, Bern 1976
- QUEKELBERGHE, R. van/Haselmann, S.: Ordnungsmodelle pathogener Informationsverarbeitung. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Tübingen/Köln 1980, Bd. I, S. 129 - 140
- REID, J./Toplin, P.S.: Effects of instructional set and experimenter-influence on observer-reliability. In: Child Development, S. 547 - 554, 1944

- REID, J.: Reliability assessment of behavioral data: a possible methodological Problem. In: Child Development Nr. 41, 1970
- REININGER, R.: Metaphysik und Wirklichkeit, München/Bern 1970
- RICE, L.N.: The evokative function of the psychotherapies. In: Wexler, D.A./Rice, L.N. (Hrsg.) Innovations in Client-centered Therapy, New York 1974
- RIEGER, A./Schmidt-Hieber, A.: Direktiv - Nondirektiv. In: Grunewald, W. (Hrsg.) Kritische Stichwörter - Gesprächspsychotherapie, S. 47 - 55, München 1979
- ROGERS, C.R.: Counseling and psychotherapy, Boston 1942
- ROGERS, C.R.: Client-centered Therapy, Boston 1951
- ROGERS, C.R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic change. In: Journal of consultant Psychology Nr. 21, S. 95 - 103, 1957
- ROGERS, C.R.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.) Psychology, a study of science, Vol. III, S. 184 - 256, New York 1959
- ROGERS, C.R.: Freedom to learn, Columbus 1969a)
- ROGERS, C.R.: Towards a science of the person. In: Sutich, A.J./Vich, M.A. (Hrsg.) Readings in humanistic psychology, S. 21 - 50, New York 1969b)
- ROGERS, C.R.: Die nicht-direktive Beratung, München 1972
- ROGERS, C.R.: Die klientbezogene Psychotherapie, München 1973a)
- ROGERS, C.R.: Die Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart 1973b)
- ROGERS, C.R.: Remarks concerning the future of Client-centered Therapy. In: Wexler, D.A./Rice, L.N. (Hrsg.) Innovations in Client-centered Therapy, New York 1974
- ROGERS, C.R.: Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In: GwG (Hrsg.) Die klientbezogene GPT, S. 11 - 25, München 1975
- ROGERS, C.R.: Eine neue Definition von Einfühlung. In: Janowski, P. et al (Hrsg.) Klientzentrierte Therapie heute, Göttingen 1976a)

- ROGERS, C.R.: Rückblick auf die Entwicklung meines therapeutischen und philosophischen Denkens. In: Jankowski, P. et al (Hrsg.) Klientenzentrierte Therapie heute, Göttingen 1976b)
- ROGERS, C.R.: Die klientenzentrierte GPT, München 1981 (Boston 1951)
- ROGERS, C.R.: Vortrag in Hamburg 1981), referiert von Biermann-Ratjen, E.M. et al. In: GwG-Info Nr. 43, S. 46 ff., 1981
- ROGERS, C.R.: Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. In: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, H. 1, Jg. 1, Weinheim 1982
- ROGERS, C.R./Wood, J.K.: The changing theory of the Client-centered therapy. In: Burton, A. (Hrsg.) Operational Theory of Personality, S. 211 - 258, New York 1974
- ROKEACH, M.: The open and the closed mind, New York 1960
- ROKITA, W.: Das Menschenbild C.R. Rogers'. In: GwG-Info Nr. 32, 1978a)
- ROKITA, W.: Einige kritische Überlegungen zur Praxis der GT. In: GwG-Info Nr. 31, 1978b)
- ROTTER, J.B.: Social and clinical psychology, New York 1954
- ROTTER, J.B.: The generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monographs 80, 1966
- RUDOLPH, J./Langer, I./Tausch, R.: Psychische Änderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie und deren Bedingungen, Universität Hamburg 1973
- RÜCKERT, H.W.: Kombination der GPT mit Rational-Emotiver Therapie. In: Howe, J. (Hrsg.) Integratives Handeln in der GPT. Ein Kompendium zur Kombination therapeutischer Verfahren, S. 91 - 118, Weinheim 1982
- RUSH et al: Cognition and Behavior Therapy in chronic depressions. In: Behavior Therapy, S. 398 - 400, 1975
- SALBER, W.: Quantitative Methoden der Persönlichkeitsforschung. In: Handbuch der Psychologie, Bd. 4, Göttingen 1960
- SCHACHNER, G./Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.M.: Gesprächspsychotherapeutische Gruppen bei Patienten mit Borderline-Entwicklungen. In: Fiedler, P.A./Franke, A./Howe, A./Kury, H./Möller, H.J. (Hrsg.) Herausforderungen und Grenzen der Klinischen Psychologie, 1983

- SCHALLER, S.: Beobachtungsmethoden in der Verhaltensdiagnostik. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 1, Kap. 1, Hamburg 1980
- SCHERER, K.R.: Ausgewählte Methoden der empirischen Sprachforschung. In: Niekens-Mayser, M./Koolwijk, J. (Hrsg.) Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 3, Erhebungsmethoden: Beobachtung und Analyse von Kommunikation, S. 110 - 149, München/Wien 1974
- SCHMIDTCHEN, S.: Indikation in der Kinderpsychotherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II. S. 67 - 76, Tübingen/Köln 1980
- SCHNABEL, M.: Therapie ist kein Management. Antwort auf Thomas Fleischer, "Psychologische Beratung versus Psychotherapie", GwG-Info Nr. 49, S. 13 - 43. In: GwG-Info Nr. 50, GwG (Hrsg.), S. 6 - 8, Köln 1983
- SCHRAML, W.J./Baumann, U.: Klinische Psychologie I und II, Bern 1975
- SCHULTE, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie, München 1974
- SCHULZ VON THUN, F.: Psychologische Vorgänge in der zwischenmenschlichen Kommunikation. In: Kommunizieren lernen und umlernen, hrsg. von B. Fietkau, H.M. Müller-Wolf und F. Schulz von Thun, S. 9 - 100, Braunschweig 1980
- SCHULZ, W./Hautzinger, M. (Hrsg.): Reihe: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Kongreßbericht Berlin 1980, Bd. I - V, Tübingen/Köln 1980
- SCHULZ, W./Hüttner, H.: Persönlichkeit des Therapeuten. In: Grunewald, W. (Hrsg.) Kritische Stichwörter - Gesprächspsychotherapie, S. 181 - 188, München 1979
- SCHULZ, W./Silbereisen, R.K.: Zum 3-fachen Verständnis von Empathie in der Gesprächspsychotherapie. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, S. 60 - 64, Göttingen 1978
- SCHWARTZ, H.-J.: Bedingungen des Behandlungseffektes in Anfangsgesprächen, Dissertation, Hamburg 1975
- SCOBEL, W.A.: Sprache und Gesprächspsychotherapie. In: GwG-Info Nr. 35, S. 40 - 52, (1979b) bzw. in: Psychotherapie, Medizinische Psychologie, H. 2, S. 66 - 73, März 1979a)

- SEILER, Th.B.: Genetische Kognitionstheorie, Persönlichkeit und Therapie. In: Hoffmann, N. (Hrsg.) Grundlagen der kognitiven Therapien. Theoretische Modelle und praktische Anwendung, S. 27 - 67, Stuttgart 1979
- STEGMÜLLER, W.: Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie, Bd. I: Wissenschaftliche Erklärung und Begründung, Berlin/Heidelberg/New York 1974
- STEVES, D.: GwG-Satzung und Ausbildungsrichtlinien 1979
- STRUCK, K.G./Petermann, F.: Praxiskontrolle oder kontrollierte Praxis? In: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1983, H. 1, 1. Jg., S. 5 - 7
- STRUPP, H.H./Wallach, M.S./Wegan, M.: Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists. In: Psychological Monographs Nr. 78, 11, 1964
- STRUPP, H.H.: Psychotherapieforschung: derzeitige Trends. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger M., Bd. II. S. 275 - 287, Tübingen/Köln 1980
- TAPLIN, P.S./Reid, J.: Effects of instructional set and experimenter influence on observer reliability. In: Child Development 44, 1973
- TAUSCH, R.: Gesprächspsychotherapie, Göttingen 1973
- TAUSCH, R.: Gesprächspsychotherapie, neue, völlig überarbeitete Auflage, Göttingen 1979/1981
- TAUSCH, R.: Von der Gesprächspsychotherapie zu personenzentrierten Lebensformen. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, S. 207 - 230, Tübingen/Köln 1980
- TAUSCH, R./TAUSCH, A.-M.: Personenzentrierte GPT. In: Pongratz (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 2. Halbbd., Göttingen 1978
- TAUSCH, R./Schulz von Thun, F.: Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. In: Schraml, W.J./Baumann, U. (Hrsg.) Klinische Psychologie I, Bern 1975
- TAUSCH, R./Zehelein, H./Fittkau, B./Minsel, W.-R.: Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen. Im Manuskript 1969, zit. nach: Bommert, H.: Grundlagen der GPT, S. 88 - 89, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1982

- THIEDE, M./Voss, W.: Induktive Statistik 2, Köln 1979
- THORENSEN, C.E./Coates, T.J.: Behavioral Self-control, some clinical concerns. In: Hersen, M./Eisler, R.M./Miller, P.M. (Eds) Progress in behavior modification, Vol. 12, S. 59 - 61, New York 1976
- TINSLEY, H./Weiss, D.: Interrater - reliability and agreement of subjective judgement. In: Journal of counseling Psychology Nr. 22, 1975
- TOMAN, W.: Klassische Psychotherapie: ihr Nutzen für andere Psychotherapieformen. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. I, S. 67 - 79, Tübingen/Köln 1980
- TRUAX, C.B./Carkhuff, R.R.: Towards effective counseling and psychotherapy: Training and practice, Chicago 1967
- TSCHEULIN, D.: GPT als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozeß. In: Die klientenzentrierte GPT, hrsg. von GwG, München 1975
- TSCHEULIN, D.: Ein Ansatz zu einer differentiellen GPT als Beitrag zur Theoriebildung in der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Jankowski, P. et al (Hrsg.) Klientenzentrierte Therapie heute, Göttingen 1976
- WATZLAWIK, P./Beavin, J.H./Jackson, D.D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxen, Bern 1969
- WEGENER, R.: Rating-Methoden. In: Nieken-Mayser, M./Koolwijk, J. (Hrsg.) Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 5, Testen und Messen, München/Wien 1976
- WEGENER, H.: Vorwort. In: Minsel, W.-R., Gutachten zur Gesprächspsychotherapie, GwG-Sonderinfo 1979
- WERBIK, H./Kaiser, H.J. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychologie, München 1981
- WETZEL, H.: Konzepte der Normalität und Abnormalität. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 3, Hamburg 1980
- WEXLER, D.A.: A cognitive theory of Experience, self-actualisation and therapeutic process. In: Wexler, D.A./Rice, L.N. (Hrsg.) Innovations in Client-centered Therapy, New York 1974
- WEXLER, D.A.: Self-actualisation and cognitive processes. In: Journal of consulting and clinical Psychology Nr. 42, 1974b)

- WEXLER, D.A./Rice, L.N. (Hrsg.): Innovations in Client-centered Therapy, New York 1974
- WEYL, H.: Philosophie der Mathematik und Naturwissenschaften. In: Handbuch der Philosophie, Abt. 2, Oldenburg/München/Berlin 1927
- WIEDEMANN, P.M.: Regelgeleitete Analyse qualitativer Daten. In: Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie (ZPP), H. 1, Jg. 1, S. 63 - 74, Weinheim 1982
- WILD, A.: Die Persönlichkeitstheorie von Rogers und die Ziele therapeutischen Handelns. In: GwG (Hrsg.) Die klientenzentrierte GPT, S. 61 - 72, München 1975
- WILTSCSKO, J.: Einige grundsätzliche Gedanken zur Ausbildung in klientenzentrierter Psychotherapie. In: GwG-Info Nr. 40, S. 1 - 13, 1980
- WILTSCSKO, J./Köhne, F.: Focusing und klientenzentrierte Psychotherapie, Erfahrungen und Materialien. In: GwG-Info Nr. 43, S. 3 - 17, 1981
- WINER, B.J.: Statistical principles in experimental design, Mc Graw Hill Series in Psychology, 1962/1971
- WIPPICH, J.: Beitrag zu dem Begriff "Kongruenz". In: GwG-Info Nr. 50, S. 42 - 51, Köln 1983
- WITTLING, W. (Hrsg.): Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 1 - 6, Hamburg 1980
- WITTLING, W./Reinert, G.: Klinisch-psychologische Konzepte und Tendenzen. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 1, S. 14 - 73, Hamburg 1980
- WOTTAWA, H.: Psychologische Methodenlehre, München 1977
- WOTTAWA, H.: Grundriß der Testtheorie, München 1980
- WUTKE, J.: Ziele und Probleme der Psychotherapieforschung. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 6, Kap. 1, Hamburg 1980a)
- WUTKE, J.: Gruppenstruktur und Psychotherapieforschung. In: Wittling, W. (Hrsg.) Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 6, S. 72 - 89, Hamburg 1980b)
- ZAUMSEIL, M.: Von der Psychotherapie zur Gemeindetätigkeit. In: Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. 5, Tübingen/Köln 1980

- ZIELKE, M.: Indikation zur Gesprächspsychotherapie, Mainz/
Berlin/Köln/Stuttgart 1979
- ZIELKE, M.: Indikationsmodelle in der Psychotherapie. In:
Kongreßbericht Berlin 1980, hrsg. von Schulz, W./
Hautzinger, M., Bd. II, S. 39 - 41, Tübingen/Köln 1980
- ZIELKE, M./Seidl, M./Ernst, G.: Einfluß kognitiver Faktoren
auf den Therapieerfolg. In: Kongreßbericht Berlin 1980,
hrsg. von Schulz, W./Hautzinger, M., Bd. II, Tübingen/
Köln 1980
- ZIMMER, D.: Selbstregulation und Verhaltenstraining. Expe-
rimente zur Bedingungsanalyse beim Selbstsicherheits-
training. In: DGVt (Hrsg.) Kongreßbericht Berlin 1976,
Verhaltenstherapie - Praxis, Sonderheft I, Weinheim 1977
- ZIMRING, F.M.: Theory and practice of Client-centered Thera-
py: a cognitive view. In: Wexler, D.A./Rice, L.N. (Hrsg.)
Innovations in Client-centered Therapy, New York 1974
- ZIMRING, F.M.: Listening with the second ear, selective
attention and emotion. In: Proceedings of the American
Psychological Association, S. 471 - 472, 1970

Abkürzungsverzeichnis

ad Abkürzungen:	GPT	=	Gesprächspsychotherapie
	GwG	=	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie
	VeE	=	Verbalisierung emotionaler Erlebensgehalte des Klienten durch den Therapeuten
	SE	=	Selbstexploration des Klienten
	VT	=	Verhaltenstherapie
	MPI	=	Maudsley Personality Inventory
	EPI	=	Eysencks Persönlichkeits-Inventar

ad Zitate: Falls nicht anders vermerkt, sind Hervorhebungen in Zitaten vom Verfasser der vorliegenden Arbeit vorgenommen.

ad Anmerkungen: Die Anmerkungen sind im Anschluß an jeden Hauptabschnitt (I.1., I.2. usw.) in Teil A, im Anschluß an jedes Kapitel (I, II usw.) in Teil B aufgeführt.

STANDARDSITUATIONEN ZUR BEURTEILUNG DER THERAPEUTISCHEN REAKTION

Code-Ther.....

Datum.....

Im folgenden Fragebogen werden Standardsituationen vorstellig gemacht, die durch bestimmte Äußerungen von Klienten im Rahmen Klientenzentrierter Gespräche charakterisiert sind.

Dazu werden jeweils vier alternative Reaktionsmöglichkeiten von seiten des Therapeuten angeboten. Bitte stufen Sie jede der angebotenen Alternativen ein hinsichtlich ihres Ausmaßes an Übereinstimmung damit, wie Sie selbst in der Situation reagiert haben könnten.

Zur Einstufung steht Ihnen eine fünf-stufige Skala zur Verfügung. Gehen Sie bei der Einstufung bitte nach folgendem Beispiel vor:

Beispielsituation: Der Klient weint

Reaktionsmöglichkeit:

a)"Ich erlebe Sie jetzt sehr traurig und hoffnungslos."

Die Beantwortungsmöglichkeiten sind:

- +2: Wenn Sie beim Lesen dieser Antwort den Eindruck haben: 'Zwar nicht unbedingt wörtlich, aber sinngemäß genauso hätte ich in dieser Situation auch reagiert.'
- +1: Wenn Sie beim Lesen dieser Antwort den Eindruck haben: 'Ich würde zwar nicht in jedem Falle im Sinne der Beispielantwort reagieren, aber doch so häufig, daß ich diese Antwort im grossen ganzen als zutreffend für meine Art des Eingehens auf den Klienten akzeptieren kann.'
- 0: Wenn Sie beim Lesen dieser Antwort den Eindruck haben: 'Ich würde eine Antwort im Sinne der Beispielantwort genausogut geben können, wie auch nicht, und sie deshalb als weder zutreffend noch als abwegig für mich beurteilen.'
- 1: Wenn Sie beim Lesen dieser Antwort den Eindruck haben: 'Ich kann zwar nicht ausschließen, gelegentlich auch im Sinne der Beispielantwort zu reagieren, würde sie jedoch als eher seltene Ausnahme beurteilen.'
- 2: Wenn Sie beim Lesen dieser Antwort den Eindruck haben: 'Ich würde in dieser Situation nie eine Antwort in diesem Sinne geben und halte sie für eine völlig unzutreffende Charakterisierung für meine Art, auf den Klienten einzugehen.'

Versuchen Sie bitte, nur Ihren spontanen Eindruck wiederzugeben. Ausschlaggebend ist ausschließlich Ihr subjektives Gefühl beim Lesen der Reaktionsmöglichkeiten.

Versuchen Sie, wirklich alle fünf Zustimmungsgrade in Ihre Antwort einzubeziehen.

Code-Ther.....

Datum.....

Situation 1: Der Klient äußert:

"Ja, und nun habe ich mich doch endlich entschlossen, mit meinen Problemen Ihre Hilfe in Anspruch zu nehmen, und nun stehe ich da, und eigentlich müßte ich Ihnen jetzt mein Problem schildern, nur, ich weiß gar nicht so richtig, wie ich anfangen soll, was ich am besten sage."

Therapeutenreaktionen:

a)"Sie fühlen sich da gedrängt jetzt im Moment?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b)"So, daß Sie sich jetzt überlegen, ich erwarte etwas von Ihnen, daß Sie ein bestimmtes Problem erzählen?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

c)"Ist es so, daß Sie sich jetzt überlegen, wenn ich Hilfe will, so muß ich doch auch etwas Bestimmte vorbringen können?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

d)"Sie sind sich darin unsicher, jetzt im Moment?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Situation 2: Gesprächspause, die den Klienten offensichtlich verunsichert. (Z.B. er schaut unsicher auf den Boden, spielt nervös mit den Händen...)

Therapeutenreaktionen:

a)"Diese Stille macht Sie innerlich so ganz unruhig?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b)"Mir fällt jetzt auf, daß Sie so ganz nervös mit Ihren Händen spielen."

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

c)"Ich erlebe Sie jetzt so, daß diese Pause Sie belastet."

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

d)"Sie machen sich jetzt Gedanken, wie Sie das Gespräch wieder anfangen, und finden keinen Weg?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Situation 3: Der Klient äußert:

"Ja, und ich habe mir das schon von allen Seiten überlegt und komme da einfach nicht mehr weiter, und nun möchte ich ganz gerne von Ihnen, ja, so einen Hinweis haben, wie Sie das z.B. anfangen würden, was Sie mir raten könnten ..."

Therapeutenreaktionen:

a)"Daß Ihnen da jemand sage würde, so und so ist der Weg, so müssen Sie sich verhalten, so machen Sie es richtig?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b)"So ein Beistand von jemandem anderen, das würde Sie erleichtern und Ihnen Hoffnung geben?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Code-Ther..... Datum.....

c)"So alleine auf sich gestellt fühlen Sie sich ganz entmutigt, fast hoffnungslos?"

+2 +1 0 -1 -2

d)"Sie haben sich das lange überlegt und können sich gar nicht mehr vorstellen, daß Sie allein auf sich gestellt noch andere Möglichkeiten, andere Lösungen finden könnten?"

+2 +1 0 -1 -2

Situation 4: Der Klient äußert:

"...ja, und eigentlich müßte ich meinem Freund auf jeden Fall sagen, daß ich von ihm nichts mehr habe, daß ich ihn eigentlich gar nicht mehr mag, auch wenn er so ganz niedergeschlagen sein wird."

Therapeutenreaktionen:

a)"Das lastet dann so ganz schwer auf Ihnen und macht Sie traurig, wenn Sie ihn verletzen könnten?"

+2 +1 0 -1 -2

b)"Und dann denken Sie wieder, daß Sie ihn verletzen könnten, und haben nicht den Mut dazu, und alle guten Vorsätze sind dahin?"

+2 +1 0 -1 -2

c)"Sie fühlen sich da im Moment so hin und hergerissen in diesem Punkt?"

+2 +1 0 -1 -2

d)"So, daß Sie am liebsten einen Weg hätten, daß Sie sich von Ihrem Freund freimachen könnten, ohne ihn zu verletzen?"

+2 +1 0 -1 -2

Situation 5: Der Klient äußert:

"Irgendwie habe ich es dann doch manchmal geschafft, daß ich mir gesagt habe, 'Du mußt jetzt einfach mit denen dahin gehen, auch wenn Du dich am liebsten wieder verkriechen würdest', und dann bin ich mitgegangen, und es hat mir dann auch gefallen, und ich war eigentlich so ganz zufrieden mit mir."

Therapeutenreaktionen:

a)"So ganz ausgeglichen und ohne innere Unruhe?"

+2 +1 0 -1 -2

b)"So, daß Sie sich einfach einen Ruck gegeben haben und mitgegangen sind und gemerkt haben, daß Sie die Sache so doch in Griff kriegen können?"

+2 +1 0 -1 -2

c)"Das macht Sie jetzt im Moment betroffen, daß es manchmal geht, und dann wieder nicht?"

+2 +1 0 -1 -2

d)"So, daß Sie jetzt eine Erklärung suchen, woran es liegt, daß es manchmal geht und dann wieder nicht, und da irgendwie nicht weiterkommen?"

+2 +1 0 -1 -2

Code-Ther.....

Datum.....

Situation 6: Der Klient äußert:

"Wenn ich dann abends so alleine dasitze, habe ich wahnsinnige Lust, etwas zu essen, einfach um mir etwas Gutes anzutun, und ich kann dann nicht widerstehen und habe auch richtigen Spaß am Essen. Und dann am nächsten Tag verstehe ich selbst nicht mehr, wie das passieren konnte, und ich kann mich nicht ausstehen deshalb."

Therapeutenreaktionen:

a) "Das ist dann in der Situation wie eine Ge alt in Ihnen, und Sie fühlen sich so,... wie getrieben?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b) "Und in so einem Moment fangen Sie dann an zu essen, können fast nur noch ans Essen denken und kaum noch aufhören zu futtern."

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

c) "Und danach sind Sie dann so ganz unzufrieden, so 'mit sich und der Welt im Hader?'"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

d) "So, daß Sie sich hinterher dann verurteilen und denken, daß Sie das gestern am liebsten nicht gewesen sein möchten, wie man so sagt, 'in 'ne andere Haut schlüpfen'?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Situation 7: Der Klient äußert:

"Ja, und wenn ich dann so mit ihm zusammen bin, finde ich es eigentlich ganz schön, und ich kann mir gar nicht vorstellen, wie es ohne ihn wäre. Und dann, wenn er weg ist, denke ich manchmal, daß ich ohne ihn viel mehr Zeit hätte, andere Dinge anzufangen, zu denen ich Lust hätte - meine eigenen Ziele zu verfolgen, und daß ich durch ihn eigentlich ganz viel verpasse."

Therapeutenreaktionen:

a) "Wenn Sie das jetzt so erzählen, erlebe ich Sie so zutiefst ratlos:"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b) "Sie fühlen sich dann so zerissen in dem Moment, so eine Unsicherheit, 'wer bin ich nun wirklich?'"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

c) "So, daß Sie nach einer Möglichkeit suchen, beides zu vereinbaren, daß Sie selbstständig sind und Ihre eigenen Ziele verfolgen, und das Zusammensein mit Ihrem Freund?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

d) "Und das geht dann immer so hin und her, daß Sie doch immer wieder hingehen zu ihm, und hinterher wieder Zweifel haben, ob Ihnen nicht vieles entgeht dadurch?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Code-Ther..... Datum.....

Situation 8: Der Klient äußert:

"Ja, und dann ist das ... ,immer, wenn mir mein Chef gegenübersteht werde ich ganz klein und unsicher, und mache Fehler bei der Arbeit und versaue mir so meine ganze berufliche Laufbahn."

Therapeutenreaktionen:

a)"Sie möchten sich da ganz anders verhalten können, daß Sie Ihrem Chef gegenüber selbstsicher und fest auftreten?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b)"Da sind Sie jetzt so ganz unzufrieden mit sich selbst, so fast verzweifelt?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

c)"Das ist dann im Moment sehr demütigend für Sie?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

d)"So, daß Sie sich dann überlegen, daß Sie alles besonders gut machen wollen, und dann erst recht Fehler machen?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Situation 9: Der Klient äußert:

"Die Schwierigkeit kommt daher, daß ich neu in der Stadt bin, und keinen kenne und immer alleine bin. Und meine Arbeitskollegen, was die machen und reden interessiert mich nicht - immer von der Arbeit oder der Familie. Man muß auch immer aufpassen, was man sagt, weil die alles rumerzählen."

Therapeutenreaktionen:

a)"Sie fühlen sich da ganz verlassen, wie ausgestoßen?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

b)"Und dann ziehen Sie sich lieber ganz zurück von den anderen und bleiben alleine in Ihrer Bude."

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

c)"Ich erlebe Sie ejtzt im Moment so ganz hoffnungslos und resigniert."

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

d)"Sie haben da ein Urteil gefällt, und das ist so ganz endgültig; so, daß sich da gar nichts mehr ändern läßt?"

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

THERAPIENACHBEFRAGUNGSBOGEN FÜR DEN THERAPEUTEN

-1-

Code-Ther.....
 Code-Klient.....

Kontakt Nr.
 Datum.....

Im folgenden Fragebogen werden Aussagen darüber gemacht, auf welche Weise Sie sich mit Ihren Äußerungen auf die Aussagen des Klienten bemüht haben. Bitte stufen Sie diese Äußerungen daraufhin ein, ob und wie weit die darin ausgesprochene Beurteilung Ihr eigenes Bemühen trifft.

Zur Einschätzung steht Ihnen eine fünf-stufige Skala zur Verfügung. Richten Sie sich bei der Einschätzung bitte nach folgendem Modell:

Beispielaussage:

"Ich bemühte mich bei meinen Äußerungen, dem Klienten Lösungen aus seinen Schwierigkeiten aufzuzeigen."

Die Beantwortungsmöglichkeiten sind:

- +2: Wenn Sie beim Lesen dieser Aussage den Eindruck haben: 'ganz genau so würde ich mein hauptsächlichstes Bemühen während dieses Gespräches beurteilen'.
- +1: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich habe mich während des Gespräches nicht nur in der Weise bemüht, daß ich ihm Lösungen aus seinen Schwierigkeiten aufzeigen wollte, aber doch in einem Ausmaß, daß ich mich dieser Charakterisierung meines Bemühens in etwa anschließen kann.'
- 0 : Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich habe mich während des Gespräches zwar auch in der Weise bemüht, daß ich ihm Lösungen aus seinem Problem aufzeigen wollte, jedoch so selten und indirekt, daß ich mich dieser Aussage zur Charakterisierung meines Bemühens in diesem Gespräch insgesamt nicht eindeutig anschließen würde.'
- 1: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich kann zwar nicht ganz ausschließen, daß ich mich auch einmal bemühte, dem Klienten Lösungen aus seinen Problemen aufzuzeigen, würde diese Beurteilung jedoch als eine nicht zutreffende Charakterisierung meines heutigen Bemühens einstufen.'
- 2: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich habe mich beim heutigen Gespräch nie in irgendeiner Weise darum bemüht, dem Kl. Lösungen aus seinen Problemen aufzuzeigen und halte diese Charakterisierung meines heutigen Bemühens für völlig unzutreffend.'

Versuchen Sie bitte, Ihren spontanen Eindruck wiederzugeben. Ausschlaggebend ist nur Ihr subjektives Selbsterleben während des Therapiekontaktes. Berücksichtigen Sie bei Ihrer Einstufung bitte alle Zustimmungsgrade.

Code-Ther..... Kontakt-Nr.....
 Code-Kl..... Datum.....

1. Ich habe mich bemüht, mit meinen Äußerungen vom Klienten nicht reflektierte Verhaltensweise, die ich seinen Schilderungen entnehmen konnte, anzusprechen und dem Klienten deutlich zu machen.
 +2 +1 0 -1 -2
2. Ich bemühte mich während des Gespräches, den Äußerungen des Klienten zu entnehmende Ansätze zur Problemlösung, die der Klient selbst kaum beachtete, zu verbalisieren und so die Aufmerksamkeit des Klienten in diese Richtung zu lenken.
 +2 +1 0 -1 -2
3. Auch wenn ich mir über das äußere Problem des Klienten noch nicht im klaren war, fühlte ich deutlich, was es im Klienten selbst auslöste und bemühte mich, durch meine Verbalisierungen ihm seine eigenen Gefühle und Empfindungen deutlicher vor Augen zu führen.
 +2 +1 0 -1 -2
4. Ich versuchte, dem Klienten in seiner schwierigen Situation weiterzuhelfen, indem ich ihm während des Gespräches auch eigene Probleme und meine Art, sie anzugehen, offenlegte.
 +2 +1 0 -1 -2
5. Wenn der Klient über äußere Situationen sprach, war meine ganze Aufmerksamkeit darauf gerichtet, zu erspüren, was er jetzt im Moment dabei fühlte, und ihm seine emotionale Betroffenheit deutlich zu machen.
 +2 +1 0 -1 -2
6. Ich habe meine ganze Energie und Aufmerksamkeit darauf gerichtet, das gegenwärtige Gefühlserleben des Klienten während seiner Schilderungen mitzuerleben, ihm dies mitzuteilen und seine Aufmerksamkeit darauf zu richten.
 +2 +1 0 -1 -2
7. Ich bemühte mich, mit meinen Verbalisierungen das Verhalten des Klienten und seine Einstellungen gegenüber Personen, mit denen er Probleme hat, offenzulegen, und ihn so für seine eigenen Reaktionen sensibler zu machen.
 +2 +1 0 -1 -2
8. Ich bemühte mich während des Gespräches, den Klienten seinem eigenen inneren Erleben gegenüber zu öffnen, indem ich ihm auch meine eigenen gegenwärtigen Gefühle und Empfindungen mitteilte.
 +2 +1 0 -1 -2
9. Ich bemühte mich, durch meine Äußerungen den Klienten auf Zusammenhänge zwischen seinen eigenen Reaktionen und seinen Schwierigkeiten aufmerksam zu machen.
 +2 +1 0 -1 -2

Code-Ther..... Kontakt-Nr.....
 Code-Klient..... Datum.....

10. Ich bemühte mich, dem Klienten unbedingt zu folgen, auch wenn er über scheinbar belanglose Dinge redete, und durch meine Verbalisierungen seine Aufmerksamkeit auf seine Gefühle und Empfindungen dabei zu richten.

+2 +1 0 -1 -2

11. Ich bemühte mich, durch meine Verbalisierungen die aktuelle Gefühlsbeziehung zwischen dem Klienten und mir anzusprechen, deutlicher zu machen, und sie mehr in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen.

+2 +1 0 -1 -2

12. Ich versuchte, durch meine Verbalisierungen den Klienten mit seiner Art der Problemsicht und seinen Lösungsstrategien zu konfrontieren.

+2 +1 0 -1 -2

13. Ich bemühte mich, durch meine Verbalisierungen die Aufmerksamkeit des Klienten auf unreflektierte Vorurteile und eingefahrene Verhaltensweisen zu lenken und so deutlicher bewußt zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

14. Ich richtete meine ganze Aufmerksamkeit und Anstrengung darauf, Gefühle im Klienten wie meine eigenen mitzuerleben, sie zu konkretisieren, und so für den Klienten deutlicher und bewußter erfahrbar zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

15. Ich habe mich bemüht, die Äußerungen des Klienten nicht zu analysieren oder zu beurteilen, sondern meine ganze Konzentration auf die von ihm erlebten emotionalen Bedeutungen zu richten und diese dem Klienten mitzuteilen.

+2 +1 0 -1 -2

16. Ich wollte den Klienten durch meine Verbalisierungen mit seinen eigenen widersprüchlichen Urteilen und Handlungen konfrontieren.

+2 +1 0 -1 -2

17. Ich bemühte mich, durch meine Äußerungen die unreflektierten Stellungnahmen des Klienten zu seinen Problemen offenzulegen, damit er lernt, sein Problem auch aus einer anderen Sicht zu betrachten.

+2 +1 0 -1 -2

18. Ich habe mich bemüht, das körperliche Erleben des Klienten während seiner Schilderungen nachzuvollziehen, zu konkretisieren, und so seiner Aufmerksamkeit zugänglich zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

Code-Ther.....

Kontakt-Nr.....

Code-Klient.....

Datum.....

19. Ich habe mich bemüht, durch meine Verbalisierungen scheinbar bedeutungslose, kaum bemerkte Verhaltensweisen des Klienten beim Gespräch aufzunehmen und ihn so für seine eigenen Reaktionen sensibler zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

20. Ich bemühte mich, nicht auf die Reflektionen und Urteile des Klienten über seine Situation einzugehen, sondern meine ganze Aufmerksamkeit darauf zu richten, welche Gefühle sie bei ihm auslösten, ihn diese mitzuteilen und so den Klienten selbst dazu zu bringen, weniger zu urteilen und den eigenen Gefühlen mehr Beachtung zu schenken.

+2 +1 0 -1 -2

Code-Klient.....
 Code-Ther.....

Ther.Kontakt.....
 Datum.....

Im folgenden Fragebogen werden Aussagen darüber gemacht, auf welche Weise Sie während dieses Gespräches das Bemühen des Therapeuten erlebt haben. Bitte stufen Sie diese Aussagen daraufhin ein, ob und wie weit Sie sich der darin ausgesprochenen Beurteilung anschließen würden.

Zur Einschätzung steht Ihnen eine fünf-stufige Skala zur Verfügung. Richte Sie sich bei der Einschätzung bitte nach folgendem Modell:

Beispielaussage:

'Der Therapeut bemühte sich, mir seine Sicht meiner Situation aufzudrängen'.

Die Beantwortungsmöglichkeiten sind:

- +2: Wenn Sie beim Lesen dieser Aussagen den Eindruck haben: 'Ganz genauso hätte ich selbst das wesentliche Bemühen des Therapeuten, wie ich es erlebte, charakterisiert.'
- +1: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Der Therapeut hat während dieses Gespräches zwar nicht nur versucht, mir seine Sicht aufzudrängen, dies aber doch in einem Ausmaß, daß ich mich in etwa dieser Charakterisierung seines Bemühens anschließen kann.'
- 0: Wenn sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Manchmal erlebte ich den Therapeuten zwar so, daß er mir seine eigene Sicht aufdrängen wollte, jedoch so selten, daß ich mich dieser Charakterisierung seines Bemühens nicht eindeutig anschließen kann.'
- 1: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich erlebte den Therapeuten ~~so~~ selten so, daß er mir seine Sicht aufdrängen wollte, daß ich mich dieser Charakterisierungen seines Bemühens nicht anschließen kann.'
- 2: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich habe den Therapeuten heute nie auch nur annähernd so erlebt, daß er mir seine Sicht aufdrängen wollte, und würde diese Charakterisierung seines Bemühens als unzutreffend bezeichnen.'

Versuchen Sie bitte, Ihre spontanen Eindrücke wiederzugeben, indem Sie die entsprechende Kategorie der Beantwortungsmöglichkeiten ankreuzen; beantworten Sie bitte die Fragestellungen nach nur ganz kurzem Nachdenken über Ihre Eindrücke; versuchen Sie, alle Skalenstufen zu beachten.

Code-Klient..... Kontakt-Nr.....
 Code-Ther..... Datum.....

1. Der Therapeut bemühte sich, von mir nicht reflektierte Verhaltensweisen aus meinen Äußerungen zu entnehmen, diese selbst anzusprechen und meine Aufmerksamkeit weg von äußeren Umständen auf mein eigenes Verhalten zu lenken.

+2 +1 0 -1 -2

2. Der Therapeut bemühte sich, mir meine eigenen Ansätze zur Lösung von Problemen, die ich selbst kaum beachtete, deutlich zu machen und so meine Aufmerksamkeit in diese Richtung zu lenken.

+2 +1 0 -1 -2

3. Der Therapeut bemühte sich, nicht auf die äußere Situation, von der ich sprach, einzugehen, sondern er konzentrierte sich voll darauf, zu verstehen, was ich dabei fühlte und mir meine emotionale Betroffenheit bewußt zu machen,

+2 +1 0 -1 -2

4. Der Therapeut bemühte sich auch seine eigenen Probleme und seine Art, sie zu lösen, einzubringen, und mir damit deutlich zu machen, daß ich meine Probleme auch aus einer anderen Sicht betrachten kann.

+2 +1 0 -1 -2

5. Auch wenn das Problem, über das ich sprach, noch sehr unklar war, bemühte sich der Therapeut zu verstehen, was ich dabei fühlte, und mir dies mitzuteilen.

+2 +1 0 -1 -2

6. Auch wenn ich über eher belanglose Dinge redete, bemühte sich der Therapeut, mir in meinen Gefühlen zu folgen, mir diese deutlich zu machen und meine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, was in mir vorgeht.

+2 +1 0 -1 -2

7. Der Therapeut bemühte sich, mir meine eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber mir nahestehenden Personen vor Augen zu führen und mir ihre Bedeutung für meine Schwierigkeiten mit diesen Personen deutlicher zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

8. Der Therapeut bemühte sich, auch die Gefühle, die unterschwellig in meiner aktuellen Beziehung zu ihm während des Gespräches vorhanden waren, erlebensmäßig zu erfassen, zu verbalisieren und so meine Aufmerksamkeit darauf zu lenken.

+2 +1 0 -1 -2

9. Der Therapeut bemühte sich, auch seine eigenen Gefühle und Empfindungen offenzulegen und mir damit zu helfen, auch meinen eigenen Gefühlen gegenüber offener und sensibler zu werden.

+2 +1 0 -1 -2

Code-Klient.....

Kontakt-Nr.....

Code-Ther.....

Datum.....

10. Der Therapeut bemühte sich, mir mit seinen Aussagen Widersprüchlichkeiten in meinen eigenen Überlegungen und Handlungen vor Augen zu führen.

+2 +1 0 -1 -2

11. Der Therapeut bemühte sich, das Gespräch und meine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, wie ich selbst durch Änderung von Verhaltensweisen und Lösungsstrategien meine Situation verbessern kann.

+2 +1 0 -1 -2

12. Der Therapeut richtete seine ganze Energie und Konzentration darauf, meine gegenwärtigen aktuellen Gefühle und Strebungen zu verstehen, als wären es seine eigenen, und mir das Miterlebte mitzuteilen.

+2 +1 0 -1 -2

13. Der Therapeut bemühte sich, meine Aufmerksamkeit und meine Überlegungen auf bestimmte gewohnheitsmäßige Urteile und Erwartungen zu lenken und mir deren Zusammenhang mit meinen Schwierigkeiten deutlicher zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

14. Der Therapeut bemühte sich, bisher für mich selbstverständliche, unreflektierte Beurteilungen meiner Schwierigkeiten anzusprechen und mir so zu zeigen, daß es mir möglich sein kann, diese auch zu ändern.

+2 +1 0 -1 -2

15. Der Therapeut richtete sein ganzes Bemühen darauf, sich in meine Gefühle und Stimmungen hineinzuversetzen, sein eigenes Erleben dabei mitzuteilen und mich so für meine eigenes emotionales Erleben zu sensibilisieren.

+2 +1 0 -1 -2

16. Der Therapeut bemühte sich, mir durch seine Äußerungen meine von mir nicht hinterfragte Auffassungen bei meinen Schwierigkeiten deutlich zu machen und meine Aufmerksamkeit auf neue Aspekte und Auffassungen des Problems zu richten.

+2 +1 0 -1 -2

17. Der Therapeut bemühte sich, mich mit seinen Äußerungen für Widersprüche in meinen eigenen Gefühlen und Empfindungen sensibler zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

18. Der Therapeut konzentrierte sich voll darauf, nachzuvollziehen, was ich während des Gespräches körperlich erlebte, mir dies mitzuteilen und mich so empfänglich für mein eigenes Körpererleben zu machen,

+2 +1 0 -1 -2

Code-Klient.....

Kontakt

Code-Ther.....

Datum.....

19. Der Therapeut bemühte sich, mir durch seine Äußerungen auf meine Schilderungen festgefahrene Vorurteile und gewohnheitsmäßige unreflektierte Verhaltensweisen vor Augen zu führen.

+2 +1 0 -1 -2

20. Der Therapeut bemühte sich, mich für die Vielfalt und Komplexität meiner Gefühle und emotionalen Erlebnisse empfänglicher zu machen.

+2 +1 0 -1 -2

Code-Klient.....
Code-Ther.....

Im folgenden Fragebogen werden Aussagen bezüglich der Veränderungen, wie Sie sie heute im Vergleich zu vor der Therapie erleben, gemacht. Bitte stufen Sie diese Aussagen daraufhin ein, ob und wie weit die darin benannten Veränderungen mit den von Ihnen selbst erlebten übereinstimmen.

Zur Einstufung steht Ihnen eine fünf-stufige Skala zur Verfügung. Richten Sie sich bei der Einschätzung bitte nach folgendem Modell:

Beispielaussage:

"Im Vergleich zu vor der Therapie bin ich heute im allgemeinen ausgeglichener ."

Die Beantwortungsmöglichkeiten sind:

+2: Wenn Sie beim Lesen dieser Aussage den Eindruck haben: 'Ganz genauso würde ich selbst die Veränderungen, wie ich Sie heute im Unterschied zu vor der Therapie erlebe, charakterisieren.'

+1: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Die Aussage trifft zwar nicht das wesentlichste Merkmal der Veränderungen, die ich heute im Unterschied zu vor der Therapie bei mir erlebe, aber im großen ganzen fühle ich mich doch um soviel ausgeglichener', daß ich mich der Beurteilung als zutreffend anschließen kann.'

0 : Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich kann nur geringe Änderungen im Sinne der Aussage feststellen, und würde diese eher als unwesentliche Veränderung heute im Vergleich zu vor der Therapie beurteilen.'

-1: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Ich kann zwar Veränderungen im Sinne der Aussage nicht ausschließen, erlebe nicht jedoch so selten ausgeglichener als vor der Therapie, daß ich diese Beurteilung eher ablehnen würde.'

-2: Wenn Sie beim Lesen der Aussage den Eindruck haben: 'Diese Beurteilung trifft auf die von mir erlebten Veränderungen gar nicht zu. Ich erlebe mich praktisch nie ausgeglichener als vor der Therapie.'

Versuchen Sie bitte Ihre spontanen Eindrücke wiederzugeben, indem Sie die entsprechende Kategorie der Beantwortungsmöglichkeiten ankreuzen; beantworten Sie bitte die Fragestellungen nach nur ganz kurzem Nachdenken über Ihre Eindrücke; versuchen Sie, alle Skalenstufen zu beachten.

Code-Klient.....

Code-Ther.....

1. Heftigen Gefühlen und Empfindungen erlebe ich mich heute - im Unterschied zu vor der Therapie - weniger ausgeliefert. Ich kann sie eher abschätzen und einordnen.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

2. Ich bin weniger leicht verletzt als vor der Therapie, weil ich meine Empfindungen klarer erkennen kann und sie nicht mehr so absolut setze.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

3. Situationen, die früher ausweglos für mich erschienen, kann ich heute besser bewältigen, weil ich nicht mehr gleich resigniere, sondern die Situation und mein Verhalten überdenke und mir neue Lösungsmöglichkeiten überlege.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

4. Ich bin heute im Unterschied zu vor der Therapie weniger leicht enttäuscht und entmutigt, weil ich meine eigenen Ziele klarer formulieren und beurteilen kann und sie besser mit den gegebenen Möglichkeiten abstimme.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

5. Ich denke heute im Vergleich zu vor der Therapie mehr über meine aktuellen Gefühle und Impulse nach, so daß ich sie besser einschätzen und kontrollieren kann.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

6. Ich handle heute im Vergleich zu vor der Therapie weniger aus den ersten impulsiven Überlegungen heraus, sondern überdenke diese und ihre Gründe und kann sie so den real gegebenen Bedingungen besser anpassen.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

7. Gefühle - etwa Verlassenheit, Angst, Niedergeschlagenheit - erlebe ich heute im Vergleich zu vor der Therapie als weniger bedrohlich und absolut, weil ich sie bewußt als meine subjektiven Gefühle verarbeiten und akzeptieren kann.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

8. Wenn mich etwas oder jemand wütend macht, rege ich mich schneller wieder ab als vor der Therapie, weil ich mir die Ursache meines Ärgers und meine Reaktion darauf überlege und deshalb vieles eher tolerieren kann.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

9. In schwierigen Situationen denke ich heute im Vergleich zu vor der Therapie mehr über meine eigenen Handlungen nach und kann sie so besser mit den gegebenen Bedingungen und meinen persönlichen Zielen abstimmen.

+2	+1	0	-1	-2
----	----	---	----	----

Code-Klient.....

Code Ther.....

10. Momentanen Stimmungen - etwa depressiver Niedergeschlagenheit - bin ich heute im Vergleich zu vor der Therapie weniger ausgeliefert. Ich kann mich eher aus ihnen lösen und sie wie von außen beurteilen, sodaß sie weniger Einfluß auf mein Handeln haben.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
11. Wenn ich Probleme habe, beschuldige ich heute im Vergleich zu vor der Therapie weniger andere bzw. äußere Umstände. Statt dessen versuche ich mir darüber klar zu werden, welche Gefühle und Empfindungen diese in mir auslösen und wie das mit meinen Problemen zusammenhängt.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
12. Mir nahestehenden Personen gegenüber, mit denen es zu Auseinandersetzungen kommt, bin ich im Vergleich zu vor der Therapie toleranter geworden. Ich versuche mir über mein Verhalten ihnen gegenüber und ihr Verhalten mir gegenüber klar zu werden und Verständnis aufzubringen.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
13. Im Vergleich zu vor der Therapie spreche ich mit mir nahestehenden Personen mehr über die gegenseitigen Gefühle und die gemeinsamen emotionalen Erlebnisse, sodaß die Beziehung mehr von emotionalem Verständnis und Toleranz geprägt ist.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
14. Mir nahestehenden Personen gegenüber, mit denen es zu Auseinandersetzungen und Konflikten kommt, bin ich im Vergleich zu vor der Therapie toleranter und geduldiger geworden; ich versuche, mich in ihre Gefühle und Empfindungen zu versetzen und Verständnis dafür aufzubringen.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
15. Wenn ich Schwierigkeiten habe, beschuldige ich im Vergleich zu vor der Therapie weniger andere Personen und äußere Umstände. Statt dessen versuche ich mir über mein eigenes Verhalten klarer zu werden, wie es mit den Schwierigkeiten zusammenhängt, und wie ich es ändern kann.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
16. Im Vergleich zu vor der Therapie spreche ich mit mir nahestehenden Personen mehr über unsere Probleme und unseren gegenseitigen Umgang miteinander, so daß die Beziehungen mehr vom gegenseitigen Verständnis und gemeinsamen Versuchen, Probleme zu lösen, bestimmt sind.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|
17. Ich kann heute im Vergleich zu vor der Therapie meine Fähigkeiten und Kenntnisse effektiver und gezielter einsetzen, weil ich mir über sie und ihre Wirkungen mehr Gedanken mache.
- | | | | | |
|----|----|---|----|----|
| +2 | +1 | 0 | -1 | -2 |
|----|----|---|----|----|

Code-Klient.....

Code-Ther.

18. Dadurch, daß ich jetzt im Vergleich zu vor der Therapie meinen inneren emotionalen Erlebnissen mehr Aufmerksamkeit zuwende, werden mir Gefühle und Empfindungen klarer zugänglich, die ich vorher kaum reflektiert habe.

+2 +1 0 -1 -2

19. Dadurch, daß ich heute im Vergleich zu vor der Therapie mehr über meine eigenen Urteile und Überlegungen reflektiere, sind mir früher selbstverständliche Meinungen als festgefahrene Vorurteile bekannt geworden, sodaß ich mehr Einfluß darauf habe und sie ändern kann.

+2 +1 0 -1 -2

20. Im Vergleich zu vor der Therapie bin ich mir heute über die Vielfalt meiner Gefühle und Empfindungen klarer und kann mich auch in das emotionale Erleben anderer besser hineinversetzen und diese verstehen.

+2 +1 0 -1 -2

Code Nr.

Datum

Anweisung

Im folgenden finden Sie einige Fragen, die Ihr Verhalten, Fühlen und Handeln betreffen. Hinter jeder Frage stehen die Antworten „ja“ und „nein“.

Versuchen Sie sich zu entscheiden, ob das „ja“ oder das „nein“ Ihre übliche Art des Handelns oder Fühlens am besten beschreibt. Machen Sie dann bitte um das „ja“ oder „nein“ einen Kreis. Antworten Sie schnell und verwenden Sie nicht zu viel Zeit für einzelne Fragen. Wir möchten Ihre erste Reaktion erfassen und nicht das Ergebnis langer Überlegungen. Für den ganzen Fragebogen sollten Sie nicht mehr als ein paar Minuten brauchen. Vergewissern Sie sich bitte, daß Sie keine Frage ausgelassen haben!

Bitte blättern Sie jetzt diese Seite um und fangen Sie an. Arbeiten Sie schnell und vergessen Sie nicht, auf jede Frage eine Antwort zu geben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Dies ist kein Intelligenz- oder Fähigkeitstest; es sollen nur Ihre üblichen Verhaltensweisen erkennbar werden.

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Haben Sie oft Lust, etwas Aufregendes zu erleben? | Ja | Nein |
| 2. Sind Sie im allgemeinen ohne Sorgen? | Ja | Nein |
| 3. Nehmen Sie sich Zeit, um erst einmal über die Lage nachzudenken, bevor Sie etwas tun ? | Ja | Nein |
| 4. Handeln und reden Sie gewöhnlich schnell, ohne zwi-
schendurch lange nachzudenken? | Ja | Nein |
| 5. Lassen Sie sich leicht herausfordern? | Ja | Nein |
| 6. Folgen Sie oft Ihren spontanen Einfällen? | Ja | Nein |
| 7. Mögen Sie im allgemeinen lieber lesen, als sich mit
anderen Menschen zu treffen? | Ja | Nein |
| 8. Gehen Sie gern viel aus? | Ja | Nein |
| 9. Haben Sie lieber wenige, dafür aber besonders gute
Freunde? | Ja | Nein |
| 10. Wenn man Sie anschreit, schreien Sie dann zurück? | Ja | Nein |
| 11. Können Sie im allgemeinen in einer fröhlichen Gesell-
schaft richtig mitmachen und sich gut amüsieren? | Ja | Nein |
| 12. Halten andere Leute Sie für sehr lebhaft? | Ja | Nein |
| 13. Halten Sie sich in Gegenwart anderer Menschen
meistens zurück? | Ja | Nein |
| 14. Wenn Sie über irgendetwas genau Bescheid wissen möch-
ten, sehen Sie dann lieber in einem Buch nach, als
andere zu fragen? | Ja | Nein |
| 15. Haben Sie Arbeiten gern, die konzentrierte Aufmerk-
samkeit erfordern? | Ja | Nein |
| 16. Sind Sie ungern unter Leuten, die sich gegenseitig
durch den Kakao ziehen? | Ja | Nein |
| 17. Unternehmen Sie gern etwas, bei dem Sie schnell han-
deln müssen? | Ja | Nein |
| 18. Sind Ihre Bewegungen langsam und bedächtig ? | Ja | Nein |
| 19. Sprechen Sie so gern mit anderen Menschen, daß Sie keine
keine Gelegenheit auslassen, sich mit einem Fremden
zu unterhalten? | Ja | Nein |

- | | | |
|---|----|------|
| 20. Wären Sie sehr unglücklich, wenn Sie nicht meistens mit vielen anderen zusammensein könnten ? | Ja | Nein |
| 21. Können Sie von sich aus behaupten, einigermaßen selbstbewußt zu sein? | Ja | Nein |
| 22. Fällt es Ihnen schwer, auf einer lebhaften Gesellschaft wirklich aus sich heraus zu gehen? | Ja | Nein |
| 23. Gelingt es Ihnen leicht, eine langweilige Party in Schwung zu bringen? | Ja | Nein |
| 24. Spielen Sie anderen gern kleine Streiche? | Ja | Nein |

KATEGORIEN ZUR EINSTUFUNG DER VERBALISIERUNGEN DES THERAPEUTEN nach dem Merkmal: 'Verbalisierung unmittelbar erlebter Betroffenheit des Klienten durch den Therapeuten' mit den Ausrichtungen 'Verbalisierung emotionaler Erlebnismomente' und 'Verbalisierung kognitiver Erlebnismomente'.

Im folgenden werden Ihnen Ausschnitte aus psychologisch-therapeutischen Gesprächen mit der Bitte um Beurteilung dargeboten. Es handelt sich dabei um eine oder mehrere aus dem Gespräch entnommene Äußerungen des Klienten mit den unmittelbar anschließenden Äußerungen des Therapeuten.

Beurteilen Sie bitte anhand der nachfolgenden Kategorien und Ausprägungen die Therapeutenäußerungen nach dem Merkmal: 'Verbalisierung unmittelbar erlebter Betroffenheit des Klienten durch den Therapeuten'.

Dieses Merkmal unterscheidet Therapeuten nach der Tendenz, vorwiegend emotionale Momente des Erlebens des Klienten respektive eher kognitive Momente des Erlebens des Klienten zu verbalisieren (sprachlich zu äußern).

Beschreibung des Merkmals

Der Psychotherapeut bemüht sich, aus den Schilderungen des Klienten nachzuvollziehen, was unmittelbar in der geschilderten Situation oder im Moment der Schilderung selbst erlebnismäßig im Klienten vor sich gegangen ist - bzw. vor sich geht.

Die so nachvollziehend verstandenen unmittelbaren Erlebnisinhalte des Klienten verbalisiert er; d.h. er äußert sie in angemessener sprachlicher Form.

Emotionale Verbalisierung:

Um eine Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte handelt es sich dann, wenn der Therapeut seine Aufmerksamkeit vorwiegend darauf richtet, was unmittelbar in der geschilderten Situation gefühlsmäßig im Klienten vor sich ging bzw. was jetzt in der Erinnerung unmittelbar vor sich geht und dies dem Klienten sprachlich mitteilt.

Emotional umfaßt: Gefühle, Stimmungen, Affekte, Körperempfinden usw.

Kognitive Verbalisierung:

Um eine Verbalisierung kognitiver Erlebnisinhalte handelt es sich dann, wenn der Therapeut seine Aufmerksamkeit vorwiegend darauf richtet, was unmittelbar in der geschilderten Situation gedanklich - 'im Kopf des Klienten' - vor sich ging bzw. was jetzt in der Erinnerung vor sich geht und dies dem Klienten sprachlich mitteilt.

Kognitiv umfaßt: Assoziationen, impulsive Gedanken und Entschlüsse, Grübeleien, Befürchtungen, Vorstellungen, kurzgeschlossene Urteile usw.

Bitte beurteilen Sie nun anhand der nachfolgenden Kategorien und Ausprägungen die Äußerungen des Therapeuten danach, ob und in welchem Ausmaß der Therapeut eher emotionale oder eher kognitive Inhalte des unmittelbaren Erlebens des Klienten verbalisiert (sprachlich formuliert).

Beurteilen Sie jede einzelne Therapeutenaussage für sich. Therapeutenäußerungen, die keine Verbalisierungen darstellen (z.B. Fragen, Beurteilungen, Ratschläge), sind nicht anhand der Kategorien einzustufen. Ordnen Sie diese Aussagen statt dessen global der Kategorie 'Nicht-Verbalisieren (NB)' zu. Lassen Sie sich bei Ihrer Beurteilung bitte nicht durch die Äußerungen des Klienten beeinflussen.

Emotionale Kategorie

Beispielverbalisierungen

Stufe 2

- 2 Die Verbalisierung des Therapeuten umfaßt ausschließlich emotionale Momente des Erlebens des Klienten (Gefühle, Stimmungen, Affekte, Körperempfindungen...) "Daß Sie sich dann so richtig elend fühlen und bedrückt, so, daß der ganze Körper sich wie unbeweglich anfühlt?" (oder)
"Das bricht dann einfach durch mit Ihnen, diese Wut, wie ein gefüllter Ballon, der am Platzen ist?"

Stufe 1

- 1 Die Verbalisierung des Therapeuten umfaßt vorwiegend emotionale Erlebensgehalte, Kognitive Erlebensmomente werden auch geäußert, jedoch verhältnismäßig weniger.

0-Kategorie

- 0 Die Verbalisierung des Therapeuten enthält kognitive und emotionale Momente des Erlebens des Klienten. Merkliches Überwiegen der einen oder anderen Richtung ist nicht festzustellen.

Kognitive Kategorie

Beispielverbalisierungen

Stufe 2

- 2 Die Verbalisierung des Therapeuten umfaßt ausschließlich kognitive Momente des Erlebens des Klienten. "Wenn Sie sich dann vorstellen, vor dem Prüfer zu stehen und antworten zu müssen, daß da gleich der Gedanke kommt: mir fällt sicher nichts ein, ich werde wieder versagen?"
"Wenn er nur mit der Stirn runzelt und Sie dann gleich denken: 'ich muß irgendwas falsch gemacht haben, was hab'ich bloß wieder verbrochen?'"

Stufe 1

- 1 Die Verbalisierung des Therapeuten enthält kognitive und emotionale Momente des unmittelbaren Erlebens des Klienten, Kognitive Momente (Erwartungen, Befürchtungen, Gedanken-Impulse, ...) überwiegen merklich.

SKALA ZUR BEURTEILUNG DER KLIENTENÄUßERUNGEN

-1-

in bezug auf das Merkmal: "Kontrolle des Klienten über kognitive Momente seines unmittelbaren Erlebens"

Im folgenden werden Ihnen Ausschnitte aus psychologisch-therapeutischen Gesprächen mit der Bitte um Beurteilung dargeboten. Es handelt sich dabei um mehrere aus dem Gespräch entnommene Äußerungen des Klienten mit der unmittelbar anschließenden Äußerung des Therapeuten.

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden Skala die Klienten-äußerungen über sein Erleben und Verhalten nach dem Merkmal: "Kontrolle des Klienten über kognitive Momente seines unmittelbaren Erlebens."

Kognitive Momente des Erlebens umfaßt: impulsive Gedanken, Vorstellungen, Befürchtungen, Erwartungen usw., die bestimmte Situationen unmittelbar im Klienten auslösen (= Kognitionen).

Beschreibung des Merkmals

negativer Pol:

Der Klient erlebt in bestimmten Situationen seine eigenen Gedanken (Vorstellungen, Befürchtungen, Erwartungen, Entschlüsse...) wie einen Zwang, gegen den der ohnmächtig ist und der ihn unwillkürlich 'überkommt'. Er erlebt sich in seinen Handlungen wie automatisch von diesen Gedanken gesteuert.

positiver Pol:

Der Klient erlebt in bestimmten Situationen seine Gedanken als seine persönlichen Äußerungen, die er kontrollieren kann. Er kann seine Handlungen und Absichten auch gegen solche impulsiven, 'kurzgeschlossenen' Gedanken und Urteile realisieren.

Bitte beurteilen Sie nun anhand der nachfolgenden Beurteilungsskala die Äußerungen des Klienten über sein kognitives Erleben danach, in welcher Ausprägung und nach welchem Pol Ihrer Einschätzung nach das Merkmal beim Klienten vorliegt.

Gründen Sie Ihre Einschätzung auf die folgende, jeweils für den negativen und den positiven Extrempol formulierte, Benennung des Pols, die Erläuterung und die Beispielaussage.

Beurteilen Sie bitte jeweils eine ganze Gesprächseinheit (5Min, 4mal 2,5Min). Enthält diese mehr als eine Klientenaussage, versuchen Sie alle Aussagen des Klienten über sein kognitives Erleben in Ihre Einschätzung einzubeziehen. Lassen Sie dabei die Therapeutenäußerungen völlig unberücksichtigt.

<u>Pol:</u>	<u>Erläuterung</u>	<u>Beispielaussage</u>
Der Klient erlebt seine eigenen Gedanken (Vorstellungen, Befürchtungen,...) wie einen Zwang, dem der ausgeliefert ist.	Der Klient schildert Gedanken: die sich ihm unwillkürlich aufdrängen, gegen die er nichts ausrichten kann, die ihn wie automatisch steuern,	"Wenn ich dann so allein zu Hause sitze, überkommt mich plötzlich diese EBLust. Das ist dann... ja, so der Gedanke, geh' halt an den Kühlschrank, tu dir was Gutes, -der setzt sich dann so fest daß ich gar nicht dagegen ankomme. Obwohl ich mir ganz fest vorgenommen habe, es nicht zu tun, geh' ich dann wie automatisch an den Kühlschrank und esse und esse."

<u>Pol:</u>	<u>Erläuterung</u>	<u>Beispielaussage</u>
Der Klient erlebt seine Gedanken (Vorstellungen, Befürchtungen...) als etwas, das er unter willentlicher Kontrolle hat.	Der Klient schildert impulsive Gedanken: aus denen er sich trotz der Heftigkeit lösen kann, die er willentlich beeinflussen kann, die er realistisch korrigieren kann.	"Ja, diese Vorstellung, jetzt was Gutes zu essen, und der Gedanke, an den Kühlschrank zu gehen, die sind schon noch da. Aber ich sage mir dann einfach, wie lächerlich das ist, und daß <u>ich</u> doch bestimme, wann ich esse. Ja, und das geht jetzt, daß ich einfach was anderes mache, was ich mir vorgenommen habe. Irgendwie habe ich mich da jetzt im Griff."

Die Beschreibung des Pols -2 erscheint Ihnen für die Aussagen des Klienten in diesem Gesprächsausschnitt zwar übertrieben. Jedoch von der Tendenz her würden Sie die Äußerungen auf jeden Fall eher durch diese Richtung charakterisieren, als durch das entgegengesetzte Extrem: +2

Die Klientenaussagen geben Ihnen keinerlei Hinweise für eine Tendenz zum -2 Pol oder zum +2 Pol.

Die Beschreibung des Pols +2 erscheint Ihnen für die Aussagen des Klienten zwar übertrieben. Jedoch von der Tendenz her würden Sie die Äußerungen eher diesem Pol als dem entgegengesetzten :-2 zuordnen.

in bezug auf das Merkmal: "Kontrolle des Klienten über sein gefühlsmäßiges Erleben."

Im folgenden werden Ihnen Ausschnitte aus psychologisch-therapeutischen Gesprächen mit der Bitte um Beurteilung dargeboten. Es handelt sich dabei um mehrere aus dem Gespräch entnommene Äußerungen des Klienten mit der unmittelbar anschließenden Äußerung des Therapeuten.

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden Skala die Klienten-äußerungen über sein Erleben und Verhalten nach dem Merkmal:

"Kontrolle des Klienten über sein gefühlsmäßiges Erleben".

Beziehen Sie sich bei Ihrer Einschätzung nur auf Äußerungen des Klienten über sein gefühlsmäßiges Erleben.

Gefühlsmäßiges Erleben umfaßt: Gefühle, Stimmungen, Gefühlsbedeutungen, Körperempfinden, Affekte.

Beschreibung des Merkmals

Negativer Pol:

Der Klient erlebt in bestimmten Situationen seine eigenen Gefühle (Stimmungen, Affekte, Empfindungen...) wie einen Zwang, dem er ohnmächtige ausgeliefert ist; wie etwas, das ihn unwillkürlich 'überkommt'. Er erlebt sich in seinen Handlungen wie 'automatisch' von seinen Gefühlen gesteuert.

Positiver Pol:

Der Klient erlebt seine Gefühle (Stimmungen, Affekte, Empfindungen, ...) als persönliche Äußerungen, die er selbst unter Kontrolle hat. Er kann seine Handlungen und Absichten auch gegen momentane Gefühle und Stimmungen realisieren.

Bitte beurteilen Sie nun anhand der nachfolgenden Beurteilungsskala die Äußerungen des Klienten über sein gefühlsmäßiges Erleben danach, in welcher Ausprägung und nach welchem Pol Ihrer Einschätzung nach das Merkmal beim Klienten vorliegt.

Gründen Sie Ihre Einschätzung auf die folgende, jeweils für den negativen und den positiven Extrempol formulierte, Benennung des Pols, die Erläuterungen und die Beispielaussage.

Beurteilen Sie bitte jeweils eine ganze Gesprächseinheit (5Min, 4mal 2,5Min). Enthält diese mehr als eine Klientenaussage, versuchen Sie alle Aussagen des Klienten über sein kognitives Erleben in Ihre Einschätzung einzubeziehen. Lassen Sie dabei die Therapeutenäußerungen völlig unberücksichtigt.

<u>-Pol</u>	<u>Erläuterung</u>	<u>Beispielaussage</u>
Der Klient erlebt seine Gefühle (Affekte, Stimmungen usw.) wie einen Zwang, dem er ausgeliefert ist.	Der Klient schildert Gefühle: die ihn unwillkürlich überwältigen gegen die er ohnmächtig ist, die ihn wie 'automatisch in seinem Handeln steuern.	"Letzte Woche, da war wieder so ein Fall. Ich saß im Seminar und eigentlich ist nichts Besonderes passiert und plötzlich war sie wieder da, diese Angst; wie ein Kloß im Hals; und ich brachte wieder kein Wort heraus. Das ist dann schon ganz automatisch, daß ich früher gehe. Ich habe schon alles versucht, aber ich kann da einfach nichts machen."

<u>+Pol:</u>	<u>Erläuterung</u>	<u>Beispielaussage</u>
Der Klient erlebt seine Gefühle (Affekte, Stimmungen usw.) als persönliche Äußerung, die er unter Kontrolle hat.	Der Klient schildert Gefühle: aus denen er sich trotz der Heftigkeit lösen kann, die er willentlich beeinflussen kann, deren Einfluß auf sein Verhalten er kontrollieren kann.	"Es passiert mir auch jetzt noch, wenn ich im Seminar sitze, die Angst ist schon noch da. Aber wenn ich das jetzt merke und mir sage, daß das unsinnig ist, ja, irgendwie ist die Angst dann nicht mehr so überwältigend. Ich sag dann einfach trotzdem, was ich mir vorgenommen habe."

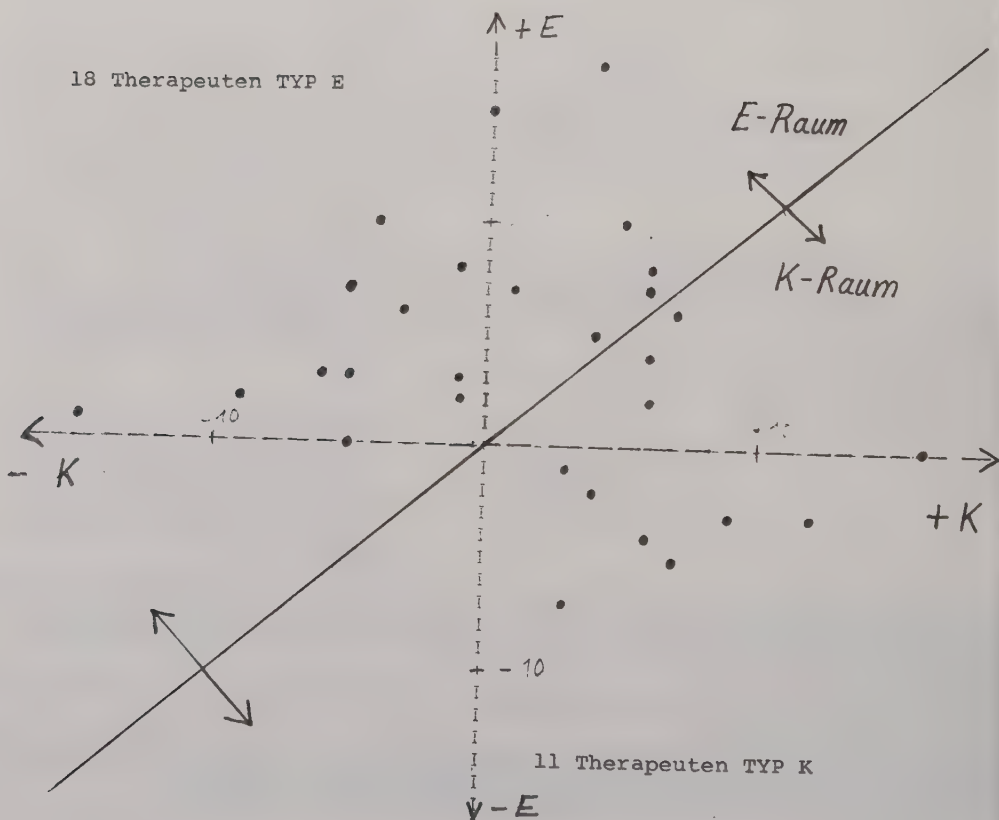
Die Beschreibung des Pols: -2 erscheint Ihnen für die Aussagen des Klienten in diesem Gesprächsausschnitt zwar etwas übertrieben. Jedoch von der Tendenz her würden Sie die Äußerungen(en) eher diesem Pol als dem entgegengesetzten (+2) zuordnen.

Die Klientenaussagen geben Ihnen keinerlei Hinweise für eine Tendenz zum -2 Pol oder zum +2 Pol.

Die Beschreibung des Pols: +2 erscheint Ihnen für die Aussagen des Klienten zwar übertrieben. Jedoch von der Tendenz her würden Sie die Äußerung(en) eher diesem Pol als dem entgegengesetzten (-2) zuordnen.

Graphische Darstellung: Aufteilung der Therapeuten in TYP E und TYP K

Anhand der Daten der 'Standardsituationen ...'



TYP E: Die emotionale Komponente der Wertepaare ist größer als die kognitive Komponente

TYP K: Die kognitive Komponente der Wertepaare ist größer als die emotionale Komponente

T-Werte der Aufteilungsreihen (bei geschätzter gemeinsamer Varianz anhand des Differenzwertes aus emotionaler und kognitiver Komponente der Wertepaare)

1. Einteilungsdaten (Standardsituationen) der subjektiven Selbsteinschätzungen

Anzahl: Gruppe E	29	25	22	20	19	18	16	13	< 13
Anzahl: Gruppe K	0	4	7	9	10	11	13	16	> 16
t-Wert	1.03	4.63	7.20	8.18	8.43	8.59	8.27	7.43	abnehmend
						TYP E: 18			DF = 27
						TYP K: 11			

2. Einteilungsdaten der Gesprächsstichproben bei Klientenwechsel

Anzahl: Gruppe E	29	28	26	24	20	19	17	16	13	12	< 12
Anzahl: Gruppe K	0	1	3	5	9	10	12	13	16	17	> 17
t-Wert	1.01	2.02	3.64	5.21	8.71	9.38	9.98	9.42	8.61	7.58	abnehmend
						TYP E: 17					
						TYP K: 12					

3. Einteilungsdaten der Rating zum Therapieverlauf

Anzahl: Gruppe E	30	28	25	23	20	17	16	13	< 13
Anzahl: Gruppe K	0	2	5	7	10	13	14	17	> 17
t-Wert	0.54	2.74	5.10	7.37	8.94	8.97	8.45	7.20	abnehmend
						TYP E: 17			
						TYP K: 13			

Prüfung der TYP E-TYP K-Aufteilung in den verschiedenen Datenerhebungssituationen: t-Teste (anhand des Differenzwertes der e-k-Wertepaare)

1. t-Teste der TYP E-TYP K-Datengruppierung der Fragebogendaten

Datenquelle	Mittelwerte		t-Wert	2-seitige Wahrscheinlichkeit	DF
	TYP E (18)	TYP K (11)			
Standardsituation	7.94	- 8.27	8.59	0.00	27
Therapeuten Selbsteinschätzung (Durchschnitt) ⁺	1.65	- 5.91	5.84	0.00	27
Fremdeinschätzung Klient Y (Durchschnitt)	2.44	- 5.77	3.90	0.001	27
Fremdeinschätzung Klient X (Durchschnitt)	0.86	- 6.06	3.29	0.003	27

⁺ Der durchschnittliche Mittelwert über alle Zeitpunkte

2. t-Teste der TYP E-TYP K-Datengruppierung der Rating-Daten bei Klientenwechsel

Datenquelle	Mittelwerte		t-Wert	2-seitige Wahrscheinlichkeit	DF
	TYP E (17)	TYP K (12)			
Aufteilungsdaten	8.12	- 7.50	9.98	0.00	27
K1 X	6.23	- 5.66	5.17	0.00	27
K1 Y	3.59	- 3.42	2.49	0.019	27

Daten der Klientennachbefragung nach abgeschlossener
Therapie

NR	TH	TYP	1. Klient e	k	2. Klient e	k
1	1	E	18	8	8	1
2	24	E	11	9	4	10
3	27	E	6	8	12	8
4	5	E	2	14	13	9
5	23	E	11	17	8	11
6	19	E	9	6	9	8
7	9	E	8	15	13	9
8	3	E	9	7	9	5
9	29	E	8	6	15	13
10	15	E	7	10	-1	12
11	2	E	12	11	7	7
12	14	E	11	10	8	14
13	16	E	11	15	11	12
14	8	E	10	8	10	8
15	25	E	8	5	10	2
16	18	E	8	4	10	11
17	6	E	14	9	8	7
18	10	E	6	10	10	4
19	26	K	12	11	9	13
20	13	K	-1	10	10	16
21	20	K	2	10	12	13
22	7	K	7	14	16	12
23	4	K	13	7	12	6
24	11	K	9	10	5	9
25	28	K	6	9	2	10
26	17	K	7	4	14	12
27	21	K	8	10	9	8
28	12	K	5	5	5	16
29	22	K	8	7	6	2

Erläuterung: E, K bezeichnet den Therapeuten TYP
e, k bezeichnet den Erlebensbereich, auf den
sich die Veränderungen seitens des Klienten
beziehen

3. t-Teste der TYP E-TYP K-Datengruppierung der Rating-Daten für den Therapieverlauf

Datenquelle	Mittelwerte		t-Wert	2-seitige Wahr- scheinlichkeit	DF
	TYP E (17)	TYP K (13)			
Einteilungsdaten	7.65	- 7.92	8.97	0.00	28
Anfang	5.65	- 6.46	5.05	0.00	28
Mitte	3.59	- 6.00	3.56	0.001	28
Ende	5.06	- 4.54	4.29	0.00	28
Durchschnitt	4.76	- 5.67	5.00	0.00	28

Anliegen des Schreibens

Ausgehend von meinen persönlichen Erfahrungen im Rahmen gesprächs-therapeutischer Praxis einerseits, der Auseinandersetzung mit den theoretischen Beiträgen zur GPT andererseits, habe ich mich entschlossen, selbst auf dem Gebiet der GPT-Forschung weiterzuarbeiten und zu diesem Zweck eine Dissertation durchzuführen.

Eine vorläufige theoretische Begründung und eine Konzeption der empirischen Prüfung der Fragestellungen liegen bereits vor.

Herr Prof. Bommert (Uni Münster) hat sich bereit erklärt, die Arbeit zu betreuen.

Ich wende mich heute an Sie mit der Frage, ob Sie selbst oder jemand aus Ihrem Kollegenkreis ggf. Möglichkeiten und Interesse hätten, mich bei der empirischen Untersuchung zu unterstützen. Als Anlage finden Sie eine - notwendig sehr verkürzte - Einführung in das Thema der Arbeit und eine Aufstellung des ggf. auf Sie zukommenden Arbeitsaufwandes.

Aus Gründen meiner Zeitplanung wäre ich Ihnen für eine möglichst baldige Antwort - auch im Falle einer Ablehnung - sehr verbunden.

Thema der Arbeit

Der theoretische Teil der Arbeit geht einerseits aus von zwei grundlegenden wissenschaftlichen Weiterentwicklungen der von Rogers konzipierten GPT:

- a) die erlebens- und gefühlsvertiefenden Ansätze im Sinne Gendlins, die sehr stark auf Gefühle, Empfindungen - kruz das e m o t i o - n a l e innere Erleben konzentriert sind;
- b) Die Ansätze, die stärker den Prozeß der kognitiven Verarbeitung, Problemlösung usw., also des K o g n i t i v e n betonen, wie dies für die kognitions-, verhaltens- und konflikttheoretischen Ansätze charakteristisch ist.

Andererseits bezieht sich die Analyse auf die als Extraversion und Introversion bekannte Persönlichkeitsdimension nach Eysenck, der gemäß sich Personen unterscheiden lassen nach ihrer Tendenz, eher nach außen, auf die Umwelt bezogen bzw. eher nach innen, auf das innere Erleben bezogen, zu reagieren und zu urteilen.

Aus diesen Bestandteilen werden folgende Zusammenhänge begründet:

1. Es besteht ein Zusammenhang zwischen einer persönlichen Reaktionspräferenz eher nach außen, auf die jeweilige Situation und das Problem bezogen und der Tendenz eines Gesprächstherapeuten, im therapeutischen Prozeß eher im Sinne der kognitions- und konflikttheoretischen Ansätze auf den Klienten einzugehen.
2. Es besteht ein Zusammenhang zwischen einer persönlichen Reaktionspräferenz mehr auf sich selbst und das innere emotionale Erleben bezogen und der Tendenz des Gesprächstherapeuten, im therapeutischen Prozeß eher im Sinne der gefühlsvertiefenden GPT-Konzepte auf den Klienten einzugehen.
3. Des weiteren soll die Möglichkeit geprüft werden, daß sich den zwei unterschiedlichen Varianten gesprächstherapeutischen Eingehens auf den Klienten auch unterschiedliche Merkmale der therapeutischen Wirkungen beim Klienten zuordnen lassen.

Diese allgemeinen Annahmen und damit verbundene Zusammenhänge sollen empirisch überprüft werden.

Voraussichtlicher Aufwand für den Therapeuten

- I. a) Einmalige Bearbeitung einer Extraversionsskala
 - b) Einmalige Bearbeitung eines Fragebogens zur Erfassung therapeutischer Reaktionen auf vorgestellte Klientenaussagen. (9 Auss.)
 - c) Bearbeitung je eines kurzen (18-20 Items) Nachbefragungsbogens unmittelbar im Anschluß an die Gespräche durch den Therapeuten und durch den Klienten.
 - d) Einmalige Bearbeitung eines Fragebogens für die vom Klienten erlebten Veränderungen nach Abschluß der Therapie (durch den Klienten).
- oder
- II. a) Einmaliges Ausfüllen einer Extraversionsskala
 - b) Bereitstellung von Therapie-Dokumentationen (schriftlich oder auf Band) - wobei diese auch zurückliegenden Gesprächen entnommen sein können.

I und II sind voneinander unabhängige Möglichkeiten, an der Untersuchung mitzuarbeiten.

Selbstverständlich werde ich im Falle Ihrer Mitarbeitsbereitschaft alle Kosten übernehmen, falls diese durch Porto und dergleichen entstehen sollten.

Sollten Sie weitere Fragen haben, werde ich diese gerne telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch zu klären versuchen.

Zur Wahrung Ihrer Anonymität habe ich Ihnen eine Code-Nr. zugeordnet, so daß Ihre persönlichen Daten in keiner Weise auf dem empirischen Datenmaterial erscheinen werden. Folgende Erklärung soll Ihnen Garantie über die Wahrung Ihrer Anonymität geben:

Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, strengste Anonymität über Ihre persönlichen Daten (Namen, Adresse ...) zu wahren. Das von Ihnen stammende Datenmaterial (Fragebögen oder Gesprächsdokumente) wird zur Kennzeichnung lediglich den Ihnen zugeordneten Code enthalten, sowie Datum und Therapiekontakt-Nr.

Ihre Daten und die Code-Zuordnung werde ich nur solange und sofern benutzen, wie es die Korrespondenz mit Ihnen erforderlich macht, und in dieser Zeit in keinem Falle einer dritten Person zugänglich machen,

Sobald dies nicht mehr erforderlich ist, werde ich alle Daten von mitarbeitssbereiten Therapeuten vernichten.

(Ursula Dennig)

Antwortbogen

Ich erkläre mich zur Mitarbeit bereit

ja/nein

Falls ja,

a) Ich bin bereit, die unter I genannten Fragebögen zu bearbeiten.

b) Ich bin bereit, die Extraversionsskala zu bearbeiten und Ihnen Gesprächsdokumente zur Verfügung zu stellen.

c) Ich bin zu b) bereit unter der Voraussetzung, daß Sie die Dokumente persönlich abholen würden.

d) Ich bin an einer näheren Ausführung der Fragestellung bzw. Klärung noch bestehender Fragen interessiert
telefonisch unter Tel.Nr.....
in einem persönlichen Gespräch.

Anhang 13

Die p-Werte für die maximalen Abweichungen der verschiedenen Datenverteilungen von der theoretischen Normalverteilung nach dem Test für "Goodness of fit" von Kolmogorov-Smirnov

a) Gesprächsratinggruppe (K1.X/K1.Y); therapeutische Tendenz

Situation	Wert- kompo- nente	TYP	max.absolute Abweichung	p(zweiseitig)	Standardab- weichung
Zuord- nungs- situation	e	K	0.174	0.860	3.988
		E	0.137	0.909	3.644
	k	K	0.197	0.741	5.485
		E	0.151	0.836	3.051
	d	K	0.127	0.990	4.502
		E	0.156	0.799	3.887
K1. X	e	K	0.272	0.339	4.479
		E	0.183	0.618	3.601
	k	K	0.169	0.883	4.710
		E	0.146	0.863	3.502
	d	K	0.186	0.802	6.932
		E	0.101	0.995	5.460
K1. Y	e	K	0.225	0.577	3.965
		E	0.181	0.637	6.062
	k	K	0.192	0.768	5.527
		E	0.172	0.697	4.131
	d	K	0.159	0.922	6.156
		E	0.139	0.898	8.247

b) Gesprächsratinggruppe (An,Mi,En); therapeutische Tendenz

Situation	Wert- kompo- nente	TYP	max.absolute Abweichung	p(zweiseitig)	Standardab- weichung
Zuord- nungs- situation	e	E	0.189	0.575	3.969
		K	0.192	0.722	4.416
	k	E	0.168	0.721	3.200
		K	0.195	0.703	5.330
	d	E	0.126	0.951	4.168
		K	0.206	0.639	5.346
An- fang	e	E	0.101	0.855	5.087
		K	0.224	0.534	3.451
	k	E	0.184	0.610	4.352
		K	0.175	0.819	4.611
	d	E	0.115	0.978	7.176
		K	0.168	0.855	5.502
Mitte	e	E	0.082	1.000	6.860
		K	0.173	0.830	4.131
	k	E	0.244	0.266	3.181
		K	0.143	0.936	5.513
	d	E	0.138	0.901	7.866
		K	0.148	0.939	6.468
Ende	e	E	0.248	0.248	5.072
		K	0.175	0.821	3.685
	k	E	0.204	0.481	4.982
		K	0.179	0.797	4.114
	d	E	0.200	0.505	7.084
		K	0.150	0.931	4.352

c) Fragebogendaten; therapeutische Tendenz

TYP	Zeitpunkt	Beurteiler X (Klient)	Wert- komp.	max.absolute Abweichung	p(zweiseitig)	Standard- abweichung
TYP K	Standard- situation	X	e k d	0.1501 0.2603 0.1785	0.965 0.445 0.875	4.1099 4.3880 5.0812
	Anfang	Ther. (Kl.X)	e k d	0.2039 0.1375 0.2604	0.750 0.980 0.445	3.2051 4.4045 5.4556
			e k d	0.1377 0.1820 0.1517	0.985 0.860 0.962	2.9077 5.5547 7.1146
			e k d	0.1701 0.2342 0.1558	0.908 0.582 0.952	2.5226 5.2049 6.0573
	An	Kl. (Kl.X)	e k d	0.1927 0.1755 0.1740	0.809 0.887 0.893	2.6458 5.5563 5.7683
	Mitte	Ther. (Kl.X)	e k d	0.1552 0.2775 0.3102	0.954 0.365 0.240	2.0671 4.3212 4.7749
			e k d	0.1592 0.1758 0.1857	0.943 0.886 0.843	3.0421 5.5021 6.603
			e k d	0.1916 0.3346 0.2980	0.814 0.170 0.283	2.7236 4.6710 6.1051
	Mi	Kl. (Kl.X)	e k d	0.2273 0.1223 0.2264	0.621 0.997 0.626	3.1937 5.7160 6.7877
	En	Ther. (Kl.X)	e k d	0.1626 0.1980 0.1945	0.935 0.781 0.600	3.0451 4.3086 5.4789
			e k d	0.1852 0.1304 0.2058	0.845 0.992 0.740	3.0481 6.1777 7.5027
			e k d	0.2189 0.1690 0.1547	0.668 0.912 0.955	2.4271 3.5904 4.3086
	En	Kl. (Kl.X)	e k d	0.1613 0.2337 0.1215	0.937 0.585 0.997	3.0091 6.6374 7.3088
			e k d			
			e k d			

A 13 c) Fortsetzung

TYP	Zeitpunkt	Beurteiler X (Klient)	Wert- Komp.	max.absolute Abweichung	p(zweiseitig)	Standard- abweichung
TYP E	Standard- situation	X	e	0.1532	0.792	4.6273
			k	0.1207	0.956	5.5745
			d	0.1172	0.966	4.8443
	Anfang	Ther. (Kl.X)	e	0.1525	0.797	3.7438
			k	0.1667	0.699	3.8348
			d	0.1538	0.788	5.5851
		Ther. (Kl.Y)	e	0.0997	0.994	3.9556
			k	0.1750	0.640	3.4721
			d	0.1950	0.500	4.5522
	An	Kl. (Kl.X)	e	0.1444	0.847	3.4513
			k	0.2103	0.400	3.9091
			d	0.1923	0.518	5.8759
	An	Kl. (Kl.Y)	e	0.1368	0.889	4.3088
			k	0.1392	0.876	3.7417
			d	0.1571	0.766	5.2930
	Mitte	Ther. (Kl.X)	e	0.1336	0.905	4.2226
			k	0.1832	0.582	3.3805
			d	0.1248	0.942	6.2989
	Mi	Ther. (Kl.Y)	e	0.1443	0.848	4.3386
			k	0.1614	0.737	3.9594
			d	0.1211	0.955	4.8658
		Kl. (Kl.X)	e	0.1753	0.638	3.5687
			k	0.1372	0.887	3.9705
			d	0.1643	0.716	5.4368
	Mi	Kl. (Kl.Y)	e	0.1771	0.625	3.7573
			k	0.1553	0.778	3.5002
			d	0.1985	0.477	4.6754
TYP E	Ende	Ther. (Kl.X)	e	0.1399	0.873	4.5651
			k	0.1687	0.685	3.8195
			d	0.1896	0.537	6.4880
		Ther. (Kl.Y)	e	0.1552	0.779	4.1727
			k	0.2082	0.416	3.8421
			d	0.2323	0.286	5.4248
	En	Kl. (Kl.X)	e	0.1325	0.910	3.5114
			k	0.1004	0.993	3.7613
			d	0.1115	0.979	5.3675
	En	Kl. (Kl.Y)	e	0.1667	0.699	3.9108
			k	0.1767	0.628	4.3690
			d	0.1907	0.529	5.0205

d) Gesprächsstichprobe Klientenmerkmal aufgeteilt
nach TYP E (13) und TYP K (10)

TYP	Zeitpunkte	Wertkomponente	max.absolute Abweichung	p(zweiseitig)	Standardabweichung
TYP K	Anfang	e	0.171	0.931	2.781
		k	0.202	0.809	4.527
		d	0.159	0.961	3.893
	Mitte	e	0.222	0.708	3.143
		k	0.208	0.780	3.652
		d	0.212	0.758	3.247
	Ende	e	0.226	0.717	2.836
		k	0.229	0.672	3.446
		d	0.207	0.785	1.841
TYP E	Anfang	e	0.206	0.638	3.353
		k	0.129	0.981	4.220
		d	0.173	0.833	2.597
	Mitte	e	0.227	0.517	4.313
		k	0.145	0.948	4.366
		d	0.223	0.537	1.994
	Ende	e	0.135	0.972	3.363
		k	0.171	0.844	4.332
		d	0.134	0.973	2.534

e) Gesprächsstichprobe; Klientenmerkmal aufgeteilt nach
Erfolgsgruppe (12) und Mißerfolgsgruppe (11)

Gruppe	Zeitpunkte	Wertkomponente	max.absolute Differenz	p(zweiseitig)	Standardabweichung
Mißerfolg	Anfang	e	0.165	0.925	2.622
		k	0.151	0.964	3.012
		d	0.182	0.861	2.864
	Mitte	e	0.149	0.966	2.700
		k	0.184	0.852	3.177
		d	0.284	0.338	3.131
	Ende	e	0.188	0.830	2.195
		k	0.247	0.515	2.412
		d	0.240	0.548	2.067
Erfolg	Anfang	e	0.190	0.779	3.317
		k	0.168	0.887	4.671
		d	0.108	0.999	3.371
	Mitte	e	0.130	0.987	4.582
		k	0.126	0.991	4.420
		d	0.217	0.622	2.038
	Ende	e	0.191	0.773	3.339
		k	0.176	0.851	4.621
		d	0.220	0.606	2.429

Die Standardabweichungen der Datenstichproben nach Wertkomponenten geordnet

a) Standardabweichungen der Therapeutendaten der Gesprächsratinggruppe (K1X/K1Y)

Wertkomponente	SD	TYP K		SD	TYP E	
e-Komponente	3,9877	4.4789	3,9648	3,6441	3.6015	6.0616
k-Komponente	5,4848	4.7098	5,5268	3,0510	3.5021	4,1311
Differenz	4,5025	6.9326	6,1564	3,8872	5,4604	8,2467

b) Standardabweichungen der Therapeutendaten der Gesprächsratinggruppe An, Mi, En

Wertkomponente	Standardabweichungen TYP K				Standardabweichungen TYP E			
emot. Komp.	4.4159	3.557	4.1309	3.6847	3,9685	5,0875	6,8599	5,0715
kognit. Komp.	5,3301	4,6105	5,5134	4,1138	3,2004	4,3521	3,1808	4,9816
Differenzwert	5,3457	5,5017	6,4679	4,3515	4,1675	7,1758	7,8665	7,0841

c) Standardabweichungen der Therapeuten der Fragebogen-
untersuchung in den verschiedenen Datenerhebungssituationen

TYP	Wert- komp.	Standardabweichungen							
TYPE	e	3.7438	3.9556	3.4513	4.3088	4.2226	4.3386	3.5687	3.7573
	k	3.8348	3.4721	3.9091	3.7417	3.3805	3.9594	3.9705	3.5002
	d	5.5851	4.5522	5.8759	5.2930	6.2989	4.8658	5.4368	4.6754
TYPE	e	4.5651	4.1727	3.5114	3.9108	4.6273			
	k	3.8195	3.8421	3.7613	4.3690	5.5745			
	d	6.4880	5.4248	5.3675	5.0205	4.8443			
TYPK	e	3.2051	2.5226	2.9077	2.6458	2.0671	2.7236	3.0421	3.1937
	k	4.4045	5.2049	5.5547	5.5563	4.3212	4.6710	5.5021	5.7160
	d	5.4656	6.0573	7.1146	5.7683	4.7749	6.1051	6.6003	6.7877
TYPK	e	3.0451	2.4271	3.0481	3.0091	4.1099			
	k	4.3086	3.5904	6.1777	6.6374	4.3880			
	d	5.4789	4.3086	7.5027	7.3088	5.0812			

d) Standardabweichungen: Klientenmerkmal (nach TYP aufgeteilt)

TYP	Wert- komp.	Standardabweichungen			TYP	Wert- komp.	Standardabweichungen		
K	e	2.7800	3.1429	2.8363	E	e	3.3531	3.3627	4.3131
	k	4.5200	3.6515	3.4464		k	4.2199	4.3662	4.3323
	d	3.8930	3.2472	1.8400		d	2.5968	1.9936	2.5344

e) Standardabweichungen: Klientenmerkmal (nach Erfolg-Mißer-
folg aufgeteilt)

Grup- pe	Wert- Komp.	Standardabweichungen			Grup- pe	Wert- Komp.	Standardabweichungen		
Er- folg	e	2.6216	2.7002	2.1950	Miß- er- folg	e	3.3166	4.5817	3.3394
	k	3.0121	3.1765	2.4121		k	4.6710	4.4202	4.6213
	d	2.8636	3.1305	2.0671		d	3.3710	2.0375	2.4293

LEBENS LAUF

Am 20. 1. 1951 wurde ich als Tochter des Egon Dennig, Dipl.Ing., und der Margot Dennig, geb. Rabold, in Ittersbach (heute Karlsbad 2) geboren. Von 1957 - 1961 besuchte ich die Volksschule in Ittersbach, von 1961 - 1966 das mathematisch-naturwissenschaftliche Gymnasium in Ettlingen, von 1966 bis zum Abitur 1969 das mathematisch-naturwissenschaftliche Gymnasium in Fürstenfeldbruck (Bayern).

Nach einem Studienjahr in den USA (Eastern Illinois University) begann ich im Wintersemester 1970/71 das Psychologiestudium an der philosophischen Fakultät der Universität in München. Im Wintersemester 1975/76 schloß ich das Studium ab mit dem Diplom in Psychologie.

Nach Abschluß des Studiums war ich zunächst freiberuflich als Therapeutin in einer privaten Praxis für Verhaltenstherapie tätig. Von April 1977 bis April 1978 arbeitete ich als wissenschaftliche Hilfskraft im Fachbereich Erziehungswissenschaft der Hochschule der Bundeswehr in München. Parallel dazu absolvierte ich die Grundausbildung in Gesprächspsychotherapie bei der GWG.

Nach einem Wohnsitzwechsel von München nach Bochum im Herbst 1978 war ich bis April 1980 als Psychologin beim Berufsförderungszentrum Essen und als nebenberuflicher Mentor der Fernuniversität Hagen vorwiegend berufspraktisch tätig. Die Anstellung beim Berufsförderungszentrum gab ich im April 1980 auf, um mich hauptsächlich auf die vorliegende Forschungsarbeit zum Zwecke der Promotion zu konzentrieren. Beruflich arbeitete ich weiterhin als Mentor der Fernuniversität sowie freiberuflich im Bereich der Legasthenie-Behandlung. Seit September 1982 leite ich als freiberufliche Therapeutin ein eigenes privates Institut für Legastheniker-Therapie in Wuppertal.

